



HAL
open science

Pratiques contraceptives des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en France

Barbara Maraux

► **To cite this version:**

Barbara Maraux. Pratiques contraceptives des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en France. Santé publique et épidémiologie. Université Paris Saclay (COmUE), 2018. Français. NNT : 2018SACLS534 . tel-02023639

HAL Id: tel-02023639

<https://theses.hal.science/tel-02023639>

Submitted on 18 Feb 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Pratiques contraceptives des femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France

Thèse de doctorat de l'Université Paris-Saclay
préparée à l'Université Paris Sud

École doctorale n°570 : santé publique (EDSP)
Spécialité de doctorat : Epidémiologie

Thèse présentée et soutenue à Villejuif, le 11 décembre 2018, par

Barbara Maraux

Composition du Jury :

Laurence Meyer Professeure, Université Paris Sud	Présidente
Valériane Leroy Directrice de recherche, Université Toulouse III	Rapporteuse
Elie Azria Professeur, Université Paris Descartes	Rapporteur
Hélène Brétin Maîtresse de conférence, Université Paris XIII	Examinatrice
Caroline Moreau Professeur associée, John Hopkins University	Examinatrice
Annabel Desgrées du Loû Directrice de recherche, IRD	Directrice de thèse
France Lert Directrice de recherche, Inserm	Invitée

Cette thèse a été réalisée au sein de l'axe Santé et Genre du CEPED
(Centre Population et Développement, UMR Université Paris Descartes- IRD)
Elle a été auto-financée et accomplie en parallèle de mon activité de gynécologue, d'abord
dans le service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier de Saint Denis sous la
direction du Dr Ghada Hatem, puis dans service du Pr Jean Louis Bénifla à l'Hôpital
Lariboisière à Paris. Je les remercie pour les facilités qui m' ont été accordées et sans
lesquelles je n'aurais pu réaliser ce travail dans de bonnes conditions.

Remerciements

Je saisis cette occasion pour adresser mes profonds remerciements aux nombreuses personnes que j'ai rencontrées tout au long de mon doctorat. Chaque pas dans la construction de cette thèse est le fruit des apprentissages et des conseils de plusieurs personnes. Chacune d'entre elles m'a montré les travers de la santé publique, son langage, ses acteurs, mais aussi l'importance de travailler avec finesse les catégories employées. Je suis infiniment reconnaissante envers toutes les équipes de recherche pour les discussions, les échanges sur mon travail et sur les leurs. Ces moments m'ont ouvert l'esprit et c'est le plus beau cadeau de ces années.

Je tiens à remercier de tout mon cœur France Lert, qui m'a accueillie au sein du CESP à Villejuif dans l'équipe dynamique, animée et joyeuse de Vespa. Les mots me manquent pour te dire combien j'ai adoré apprendre à tes côtés. C'est grâce à toi que je soutiens cette thèse aujourd'hui.

Je souhaite également remercier Annabel Desgrées du Loû ma directrice de thèse, qui n'a pas hésité à m'ouvrir les portes de Parcours et du CEPED, lorsque j'ai dû changer de cap. C'est un honneur pour moi que tu aies accepté d'encadrer mon travail. Ton expertise et tes conseils pragmatiques ont été le coup de pouce me permettant d'en venir à bout.

Un grand merci aux membres du Jury qui ont accepté d'évaluer mon travail : Valériane Leroy, Elie Azria, Laurence Meyer, Caroline Moreau et Hélène Brétin.

Je voudrais saluer chaleureusement Pascale Lissouba, Kévin Jean et Elise Marsicano du CESP et l'équipe Parcours, Julie Pannetier, Anne Gosselin, Andy Ravalihasy, Nicolas Vignier et Mireille Le Guen qui ont été des collègues disponibles et pleins d'humour.

Enfin, parmi les belles rencontres de ces dernières années Margot Annequin en est la plus importante. Je te remercie pour ton aide cruciale à chaque étape de cette thèse. Que notre amitié dure toujours !

Cette thèse a été réalisée dans le cadre de l'Ecole Doctorale de Santé Publique de Paris Sud, je tiens à remercier Jean Bouyer pour la qualité de son encadrement et à Fabienne Renoirt pour sa patience.

A mes parents, je les remercie pour leur soutien émotionnel et intellectuel. A mon père pour sa constance et sa motivation sans faille. A ma mère pour son engagement, sa militance et son courage en ces temps difficiles au Nicaragua.

A Daniel qui a accepté de venir en France, à ta joie, ta curiosité et ta force, parce que tu tiens bon quelle que soit la route.

A nos superbes filles, Zoé et Mila.

Je dédie cette thèse à tous les migrants, immigrés et à leur descendance.

« Desde siempre, las mariposas y las golondrinas y los flamencos vuelan huyendo del frío, año tras año, y nadan las ballenas en busca de otra mar y los salmones y las truchas en busca de su río. Ellos viajan miles de leguas, por los libres caminos del aire y del agua. No son libres, en cambio, los caminos del éxodo humano »

« Depuis toujours, les papillons et les hirondelles et les flamands roses volent pour fuir du froid, année après année, et nagent les baleines vers d'autres mers et les saumons et les truites pour retrouver leur fleuve. Ils parcourent des milliers de lieux, par les libres chemins de l'air et de l'eau. Ne sont pas libres pourtant, les chemins de l'exode humain. »

« Los emigrantes, ahora », Eduardo Galeano.

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX.....	13
LISTE DES FIGURES.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
LISTE DES ENCADRES.....	15
LISTE DES ABBREVIATIONS UTILISEES.....	16
I. INTRODUCTION GENERALE.....	17
I.1. UNE BREVE HISTOIRE DE LA CONTRACEPTION EN FRANCE.....	18
I.2. UN APERÇU DE LA CONTRACEPTION EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET DANS LE MONDE.....	19
I.3. LES IMMIGRES D’AFRIQUE SUBSAHARIENNE EN FRANCE : UNE IMMIGRATION DIVERSIFIEE, PRINCIPALEMENT INSTALLEE EN REGION ÎLE DE FRANCE.....	20
I.4. MIGRATION ET REGULATION DE LA FECONDITE : AVANT LE DEPART ET APRES L’ARRIVEE.....	21
I.5. CONTRACEPTION ET IMMIGRATION : LES DONNEES DISPONIBLES.....	23
I.6. UNE IMMIGRATION QUI PORTE LE POIDS DU VIH.....	23
I.7. EN SYNTHÈSE.....	24
II. OBJECTIFS DE LA THESE.....	25
III. VALORISATIONS SCIENTIFIQUES DU TRAVAIL DE THESE.....	27
III.1. ARTICLES DANS DES REVUES A COMITE DE LECTURE.....	27
III.2. AUTRE PUBLICATION.....	27
III.3. COMMUNICATIONS ORALES DANS DES COLLOQUES.....	28
III.4. POSTERS.....	28
IV. MATERIEL ET METHODES.....	29
IV.1. L’ENQUETE PARCOURS-ANRS 2012-2013.....	29
IV.1.1 Objectifs.....	29
IV.1.2 Construction de l’échantillon.....	30
IV.1.3 Données recueillies au niveau de participants.....	34
IV.1.4 Pondération.....	36
IV.2. L’ENQUETE VESPA2-ANRS 2011 (ENQUETE SUR LES PERSONNES ATTEINTES PAR LE VIH).....	37
IV.2.1 Objectifs.....	37
IV.2.2 Construction de l’échantillon.....	38
IV.2.3 Données recueillies.....	42
IV.2.4 Pondération et redressement.....	43
IV.3. SYNTHÈSE DES ENQUETES UTILISEES POUR CHACUN DES CHAPITRES ET DES EFFECTIFS CORRESPONDANTS.....	44
IV.4. METHODES COMMUNES.....	46
IV.4.1 Recueil de l’information sur la contraception et la méthode utilisée.....	46

IV.4.2	<i>Définition des situations reproductives</i>	46
IV.4.3	<i>Regroupement des méthodes contraceptives utilisées</i>	46
IV.4.4	<i>Précisions lexicales : Immigré, migrant et population générale</i>	49
V.	CHAPITRE 1. DES BESOINS EN CONTRACEPTION DIVERSIFIÉS SELON LES PROFILS MIGRATOIRES ...	52
V.1.	INTRODUCTION	52
V.2.	MATERIEL ET METHODES	53
V.2.1	<i>Données d'intérêt</i>	53
V.2.2	<i>Variables d'intérêt</i>	54
V.2.3	<i>Analyses</i>	58
V.3.	RESULTATS	60
V.3.1	<i>Calendrier des naissances</i>	62
V.3.2	<i>Absence d'activité sexuelle</i>	64
V.4.	DISCUSSION.....	67
VI.	CHAPITRE 2. PRATIQUES CONTRACEPTIVES DES FEMMES ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE EN FRANCE : UNE UTILISATION GENERALISEE DE LA CONTRACEPTION MEDICALE COMME EN POPULATION GENERALE, MAIS DES METHODES DIFFERENTES	71
VI.1.	INTRODUCTION	71
VI.2.	METHODES	73
VI.2.1	<i>Données d'intérêt</i>	73
VI.2.2	<i>Variables d'intérêt</i>	73
VI.2.3	<i>Analyses</i>	75
VI.3.	RESULTATS.....	78
VI.3.1	<i>Caractéristiques de la population étudiée</i>	78
VI.3.2	<i>Prévalence de contraception moderne et de la contraception médicale</i>	78
VI.3.3	<i>La distribution des méthodes : une bonne couverture contraceptive comme en population générale mais des méthodes différentes</i>	79
VI.3.4	<i>Facteurs associés à la contraception médicale parmi les femmes utilisant une méthode contraceptive</i>	82
VI.3.5	<i>Facteurs associés à l'utilisation de la pilule versus le préservatif, des méthodes réversibles de longue durée d'action versus le préservatif, et des méthodes réversibles de longue durée d'action versus la pilule</i>	84
VI.3.6	<i>Points communs aux deux analyses factorielles</i>	84
VI.4.	DISCUSSION.....	87
VI.4.1	<i>Une couverture contraceptive de même niveau que celle de la population majoritaire mais des méthodes différentes</i>	87
VI.4.2	<i>Libre choix ou choix sous influence de la méthode de contraception</i>	89
VII.	CHAPITRE 3. PRATIQUES CONTRACEPTIVES DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH : RÔLE DE LA MIGRATION, PLACE DE LA MALADIE	93

VII.1.	INTRODUCTION	93
VII.2.	PROBLEMATIQUES ET OBJECTIFS DE CE CHAPITRE	97
VII.3.	PRATIQUES CONTRACEPTIVES DES FEMMES IMMIGREES ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNES ET VIVANT AVEC LE VIH (ENQUETE PARCOURS)	98
VII.3.1	<i>Méthodes</i>	98
VII.3.2	<i>Résultats</i>	99
VII.4.	PRATIQUES CONTRACEPTIVES DE L'ENSEMBLE DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH EN FRANCE (ENQUETE VESPA2) 104	
VII.4.1	<i>Méthodes</i>	104
VII.4.2	<i>Résultats</i>	107
VII.5.	COMPARAISON DES PREVALENCES CONTRACEPTIVES DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH ET ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE ENQUETES DANS <i>PARCOURS</i> ET DANS <i>VESPA2</i>	114
VII.5.1	<i>Méthodes</i>	114
VII.5.2	<i>Résultats</i>	114
VII.6.	DISCUSSION GENERALE SUR CE CHAPITRE.....	116
VII.6.1	<i>Représentativité régionale et nationale : des résultats qui vont dans le même sens</i>	116
VII.6.2	<i>Résultats communs aux deux enquêtes: une large prédominance du préservatif qui ne peut pas s'expliquer par un moindre accès aux soins</i>	116
VII.6.3	<i>Parcours : une prédominance du préservatif non justifiée par l'origine africaine</i>	117
VII.6.4	<i>Vespa2 : des pratiques contraceptives semblables pour toutes les femmes séropositives en France (femmes nées en France ou pas)</i>	117
VII.6.5	<i>Le VIH, une condition qui impacte la vie contraceptive en France et ailleurs</i>	118
VIII.	DISCUSSION GENERALE	121
VIII.1.	PRINCIPAUX RESULTATS	121
VIII.2.	ÉTUDIER LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : APPORTS ET LIMITES DES ENQUETES EPIDEMIOLOGIQUES	122
VIII.2.1	<i>Caractéristiques des échantillons</i>	123
VIII.2.2	<i>Les données recueillies</i>	126
VIII.2.3	<i>Mode de recueil des informations</i>	130
VIII.2.4	<i>Validité des comparaisons entre les enquêtes</i>	132
VIII.2.5	<i>En conclusion</i>	133
VIII.3.	QUEL EST LE ROLE DE L'ADAPTATION AUX PRATIQUES CONTRACEPTIVES DE LA POPULATION MAJORITAIRE FRANÇAISE SUGGERE PAR NOS RESULTATS?	133
VIII.3.1	<i>Un dépassement des craintes</i>	133
VIII.3.2	<i>Une empreinte des pays d'origine</i>	134
VIII.3.3	<i>La migration, un moteur contraceptif en soi</i>	135
VIII.4.	NOS RESULTATS D'UN HAUT NIVEAU DE CONTRACEPTION DANS LE GROUPE DE REFERENCE SONT-ILS VALIDES ? .	135
VIII.4.1	<i>Peut-on affirmer qu'il n'y a pas de barrières financières ?</i>	135
VIII.4.2	<i>L'accessibilité est-elle un facteur clé ?</i>	136
VIII.4.3	<i>L'ancienneté de séjour, une meilleure mesure des inégalités ?</i>	137

VIII.5.	ON OBSERVE UNE SITUATION SATISFAISANTE EN MATIERE DE CONTRACEPTION ALORS QUE D'AUTRES ASPECTS DE SANTE REPRODUCTIVE ET SEXUELLE PRESENTENT DES RESULTATS BEAUCOUP PLUS DEFAVORABLES. COMMENT PEUT-ON EXPLIQUER CES RESULTATS ?.....	138
VIII.6.	LES FEMMES AFRICAINES ONT- ELLES DES FACTEURS DE RISQUE QUI AMENENT A DES CHOIX CONTRACEPTIFS SPECIFIQUES ?	139
VIII.7.	PEUT-ON AFFIRMER QU'IL EXISTE DES PRATIQUES DISCRIMINATOIRES DES PROFESSIONNELS VERS LES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH ? VERS LES FEMMES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE ?	140
	<i>VIII.7.1</i> <i>Pour les femmes séropositives, une injonction au préservatif</i>	140
	<i>VIII.7.2</i> <i>Recours à l'implant, l'hypothèse d'un soin différencié</i>	140
IX.	CONCLUSION GENERALE	144
X.	REFERENCES	146
XI.	ANNEXES	157

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. DESCRIPTION DES DIFFERENTS DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE SOCIALE DES SOINS EXISTANTS EN FRANCE ENTRE 2011 ET 2013, DE LEURS CONDITIONS D'OBTENTION ET DE LEUR DUREE.....	59
TABLEAU 2. PRINCIPAUX REPERES CHRONOLOGIQUES DE LA VIE REPRODUCTIVE SELON LES RAISONS DE LA VENUE EN FRANCE PARMIS LES FEMMES EN AGE DE PROCREER NON INFECTEES PAR LE VIH NI L'HEPATITE B. (N=270).....	61
TABLEAU 3. DESCRIPTION DES FEMMES EN AGE DE PROCREER NON INFECTEES PAR LE VIH NI L'HEPATITE B, SELON LEUR SITUATION SEXUELLE ET REPRODUCTIVE AU MOMENT DE L'ENQUETE. ENQUETE ANRS-PARCOURS, 2012-2013	66
TABLEAU 4. DISTRIBUTION DES METHODES CONTRACEPTIVES MEDICALES (PILULE, IMPLANT ET DIU), DU PRESERVATIF ET DES METHODES NATURELLES OU DE L'ABSENCE DE CONTRACEPTION PARMIS LES FEMMES EN AGE DE PROCREER NON INFECTEES PAR LE VIH NI L'HEPATITE B. ENQUETE ANRS-PARCOURS, 2012-2013	81
TABLEAU 5. FACTEURS ASSOCIES A L'UTILISATION D'UNE CONTRACEPTION MEDICALE (PILULE, IMPLANT ET DIU) VERSUS NON MEDICALE (PRESERVATIF, NATURELLE OU ABSENCE DE CONTRACEPTION) PARMIS LES FEMMES EN AGE DE PROCREER NON INFECTEES PAR LE VIH NI L'HEPATITE B EN BESOIN DE CONTRACEPTION. ENQUETE ANRS-PARCOURS, 2012-2013	85
TABLEAU 6. DETERMINANTS DE L'UTILISATION DE 1/ LA PILULE VERSUS LE PRESERVATIF ; 2/ DE METHODES DE LONGUE DUREE D'ACTION (MLD) VERSUS LE PRESERVATIF ET 3/ DES METHODES DE LONGUE DUREE D'ACTION VERSUS LA PILULE, PARMIS LES FEMMES EN AGE DE PROCREER NON INFECTEES PAR LE VIH NI L'HEPATITE B, EN BESOIN DE CONTRACEPTION. ENQUETE ANRS-PARCOURS, 2012-2013	86
TABLEAU 7. DESCRIPTION DES FACTEURS GENESIQUES, DE CONTEXTE MIGRATOIRE, SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET DE SANTE PARMIS LES FEMMES EN AGE DE PROCREER ET EN BESOIN DE CONTRACEPTION SELON LEUR STATUT VIS A VIS DU VIH. ENQUETE ANRS-PARCOURS, 2012-2013 (N=355).....	101
TABLEAU 8. FACTEURS ASSOCIES A L'UTILISATION CONTRACEPTION MEDICALE VERSUS NON MEDICALE (PRESERVATIF, NATURELLE OU AUCUNE CONTRACEPTION) PARMIS LES FEMMES EN BESOIN DE CONTRACEPTION ET INFECTEES OU NON PAR LE VIH. ENQUETE ANRS-PARCOURS, 2012-2013	103
TABLEAU 9. CARACTERISTIQUES DES FEMMES EN AGE DE PROCREER ET EN BESOIN DE CONTRACEPTION PARMIS L'ENSEMBLE DES FEMMES VVIH EN FRANCE METROPOLITAINE SELON LEUR ORIGINE. ENQUETE ANRS- VESPA 2 (N=327).....	108
TABLEAU 10. FACTEURS ASSOCIES A L'ABSENCE DE CONTRACEPTION MODERNE (METHODES NATURELLES OU AUCUNE METHODE) COMPARE A L'UTILISATION DE METHODES MODERNES (PILULE, IMPLANT, INJECTION, DIU, STERILISATION TUBAIRE, PRESERVATIF) PARMIS L'ENSEMBLE DES FEMMES VVIH EN BESOIN DE CONTRACEPTION EN FRANCE METROPOLITAINE. ENQUETE ANRS-VESPA2.....	111
TABLEAU 11 :FACTEURS ASSOCIES A L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MEDICALE VERSUS LE PRESERVATIF PARMIS LES FEMMES ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE EN FRANCE METROPOLITAINE ET EN BESOIN DE CONTRACEPTION. ENQUETE ANRS- VESPA 2 (N=146)	112
TABLEAU 12. FACTEURS ASSOCIES A L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MEDICALE VERSUS LE PRESERVATIF PARMIS LES FEMMES FRANÇAISES ET AUTRES MIGRANTES VVIH EN FRANCE METROPOLITAINE ET EN BESOIN DE CONTRACEPTION. ENQUETE ANRS- VESPA 2 (N=120)	113

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 PREVALENCE D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION PAR METHODE ET PAR REGION (UNITED NATIONS, 2007)	20
FIGURE 2 DIAGRAMME DE PARTICIPATION A L'ENQUETE PARCOURS SELON LE GROUPE (DE REFERENCE OU VIH)	33
FIGURE 3 SCHEMA DE LA CONSTITUTION DES ECHANTILLONS - ENQUETE VESPA2 -2011	40
FIGURE 4 DIAGRAMME DES SOUS ECHANTILLONS UTILISES POUR CHAQUE CHAPITRE DE THESE : 1 -2- 3.....	45
FIGURE 5 DIAGRAMME DES PRINCIPALES METHODES CONTRACEPTIVES ET DE LEUR REGROUPEMENT.....	47
FIGURE 6 DESCRIPTION DES PRINCIPALES METHODES CONTRACEPTIVES, DE LEUR MODE D'ACTION, LEUR PRIX ET LES MODALITES D'OBTENTION.....	47
FIGURE 7 DIAGRAMME DES ECHANTILLONS ETUDIEES ET DES EFFECTIFS CORRESPONDANTS.....	53
FIGURE 8. ÊTRE ENCEINTE OU RECHERCHER UNE GROSSESSE SELON LA RAISON DE L'IMMIGRATION ET SON ANCIENNETE	62
FIGURE 9. DELAI ENTRE L'ARRIVEE EN FRANCE ET LA NAISSANCE DU 1ER ENFANT SELON LA RAISON DE L'IMMIGRATION	63
FIGURE 10. DELAI ENTRE L'ARRIVEE EN FRANCE ET LA NAISSANCE DU 2EME ENFANT SELON LA RAISON DE L'IMMIGRATION	63
FIGURE 11 ABSENCE DE RELATIONS SEXUELLES PENDANT AU MOINS 12 MOIS SELON LA RAISON DE L'IMMIGRATION ET SON ANCIENNETE	64
FIGURE 12. SITUATION SEXUELLE ET REPRODUCTIVE SELON LA DUREE DE SEJOUR	65
FIGURE 13 DIAGRAMME DES ECHANTILLONS ETUDIES ET DES EFFECTIFS CORRESPONDANTS	73
FIGURE 14 PREVALENCE CONTRACEPTIVE DES FEMMES ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE N.....	79
FIGURE 15. METHODES CONTRACEPTIVES POUR 100 FEMMES EN BESOIN DE CONTRACEPTION, FEMMES DU GROUPE DE REFERENCE ET FEMMES DE LA POPULATION GENERALE	80
FIGURE 16 . DISTRIBUTION DES METHODES CONTRACEPTIVES SELON L'AGE POUR 100 FEMMES EN BESOIN DE CONTRACEPTION DU GROUPE DE REFERENCE.....	83
FIGURE 17 DISTRIBUTION DES METHODES CONTRACEPTIVES SELON L'AGE POUR 100 FEMMES EN BESOIN DE CONTRACEPTION DE LA POPULATION GENERALE.....	83
FIGURE 18 DIAGRAMME DES ECHANTILLONS ETUDIES ET DES EFFECTIFS CORRESPONDANTS	98
FIGURE 19. DISTRIBUTION DES METHODES CONTRACEPTIVES PARMI LES FEMMES IMMIGREES ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE EN FRANCE SELON LEUR STATUT VIS A VIS DU VIH	100
FIGURE 20 DIAGRAMME DES ECHANTILLONS ETUDIES ET DES EFFECTIFS CORRESPONDANTS	104
FIGURE 21 DIAGRAMME DES ECHANTILLONS ETUDIES ET DES EFFECTIFS CORRESPONDANTS	114
FIGURE 22. DISTRIBUTION (%) DES METHODES CONTRACEPTIVES PARMI LES FEMMES ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE VIVANT AVEC LE VIH EN FRANCE- SELON 1) ENQUETE ANRS-PARCOURS 2012-2013 ET 2) ENQUETE ANRS-VESPA2 2011 ..	115

LISTE DES ENCADRES

ENCADRE 1. QU'EST-CE QUE L'INSTALLATION DANS PARCOURS? (GOSSELIN, 2016).....	55
ENCADRE 2. RECUEIL DE L'INFORMATION SUR LE NOMBRE DE GROSSESSES ET LE RECOURS A L'IVG	55
ENCADRE 3. INDICE ISEI ET LA CATEGORISATION DES PROFESSIONS (ANNEQUIN, GOSSELIN AND DRAY-SPIRA, 2017).	57
ENCADRE 4. ENQUETE FECOND 2010	76

LISTE DES ABBREVIATIONS UTILISEES

AME	Aide médicale d'état
ANRS	Agence nationale de la Recherche sur le Sida et les Hépatites
ARV	Traitement antirétroviral
CMU	Couverture maladie universelle
DIU	Dispositif intra-utérin
EPIMOMS	Enquête sur l'épidémiologie de la Morbidité Maternelle Sévère
IC95%	Intervalle de confiance à 95%
IIQ	Intervalle inter-quartile
INED	Institut national des Etudes Démographiques
INSEE	Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques
INVS	Institut national de Veille Sanitaire
INPES	Agence nationale de Santé Publique
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MLD	Méthodes longue durée d'action
MMS	Mortalité et morbidité maternelle sévère
OMS	Organisation mondiale de la Santé
TeO	Enquête Trajectoires et Origines
SIDA	Syndrome de l'immuno-déficience humaine
VIH	Virus de l'immuno-déficience humaine

I. INTRODUCTION GENERALE

En France la tradition nationale privilégie l'analyse des facteurs sociaux et se méfie de toute catégorisation selon l'origine au regard de son paradigme universaliste, et de risquer une approche essentialisation culturaliste. Cependant, depuis les années 2000, des voix s'élèvent sur le risque d'occulter la question de « l'origine ethnique » comme facteur indépendant et non réductible aux seules conditions de vie dans les processus discriminatoires dans plusieurs domaines dont la santé (Fassin & Fassin, 2006). A titre d'exemple, malgré les données de surveillance épidémiologique pointant l'importance de l'infection par le VIH parmi les immigrés provenant d'Afrique subsaharienne, les politiques publiques de dépistage et de prise en charge dirigées envers cette population plus « à risque », ont été retardées par crainte d'une augmentation de la xénophobie et du racisme, aggravant ainsi les conséquences de l'épidémie (Institut de Veille Sanitaire, 2007).

Les femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne proviennent de régions où la fécondité et le souhait d'enfant est important avec une prévalence contraceptive qui demeure faible en comparaison à la France. Leurs conditions de vie une fois arrivées sont moins bonnes que la population générale et elles subissent le poids disproportionné de l'épidémie du VIH qui reflète en partie la situation de l'épidémie sur le continent africain, puisqu'il s'agit de la région du monde la plus touchée. En France, l'incidence du VIH est estimée 69 fois plus élevée chez les femmes d'origine subsaharienne que chez les femmes de la population hétérosexuelle générale, respectivement (Le Vu *et al.*, 2010). Elles sont aussi à l'heure actuelle, un des groupes parmi les plus à risque en termes de santé maternelle et de mortalité et morbidité maternelle sévère (MMS¹) Données qui se confirment à l'international puisque ce sur-risque est aussi observé au Royaume-Uni (Knight *et al.*, 2009) et aux Pays-Bas (Zwart *et al.*, 2008).

Avoir étudié les pratiques contraceptives des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en France, c'est avant tout avoir recherché à mettre en lumière les éventuelles inégalités dont ces femmes pourraient faire l'objet, de par leur origine ou leur statut vis à vis du VIH.

¹ MMS : hémorragie obstétricale sévère, éclampsie, HELLP syndrome, hématome rétroplacentaire, prééclampsie, embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral constitué, accident ischémique transitoire, trouble psychiatrique sévère, dysfonctions d'organes et le décès maternel.

C'est disposer aujourd'hui de données permettant de repérer les leviers d'une meilleure prise en charge de leur santé sexuelle et reproductive.

I.1. Une brève histoire de la contraception en France

Alors que l'on vient de célébrer les 50 ans de sa légalisation en France – 1967-, les recherches sur la contraception connaissent un regain d'intérêt au niveau national et international, avec au centre l'enjeu démographique et le rôle central de la santé génésique pour le développement et le droit des femmes (D'Arcangues, 2009). En France, après de nombreux débats à l'Assemblée Nationale, la loi Neuwirth accorde en 1967 aux femmes le droit à disposer d'une contraception avec toutefois certaines contraintes : pas de remboursement par la sécurité sociale, nécessité d'une autorisation parentale pour les mineures, instauration de « carnets à souche » chez les médecins et de « livres-registres » chez les pharmaciens pour garder trace des prescriptions écrites. C'est en décembre 1974, juste avant l'adoption du texte autorisant l'IVG, que la loi a permis une prescription gratuite, remboursée et accessible aux mineures indépendamment de l'accord parental. Peu à peu la pratique contraceptive se diffuse grâce -entre autres- aux initiatives militantes. Le « mouvement pour le planning familial » continue de lutter aujourd'hui pour « défendre les droits acquis ou pour faire avancer la loi quand elle n'est pas adaptée aux situations rencontrées ». La régulation des naissances n'a pas débuté avec la pilule puisque depuis 1870 le nombre moyen d'enfants par femme s'est stabilisé autour de 2.7, grâce en particulier au recours au retrait (Leridon, 1987). Elle est cependant passée d'être une affaire de couple à être une affaire de femmes (Guen *et al.*, 2017). En 2010, neuf femmes sur dix en besoin de contraception déclarent utiliser des méthodes de contraception modernes, dont une majorité utilise des méthodes médicales hautement efficaces. Malgré cette diffusion massive de la contraception en France, les modalités d'utilisation des contraceptifs sont façonnées à certaines normes : recours au préservatif en début de vie sexuelle, utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise, et recours au dispositif intra-utérin (DIU) comme alternative à la pilule à partir de 30 à 35 ans, une fois que les femmes ont eu au moins un enfant (Bajos *et al.*, 2012). Comme dans plusieurs autres pays européens, la pilule est la première méthode utilisée (United Nations, 2011), même si depuis 2012, au tournant de la « crise de la pilule » une femme sur cinq a déclaré avoir changé de méthode (Bajos, 2014). Ce schéma, qui correspond à la norme biographique sexuelle classique (entrée dans la sexualité, mise en couple et procréation), ne correspond pourtant pas toujours au mode de vie et au parcours de chaque individu.

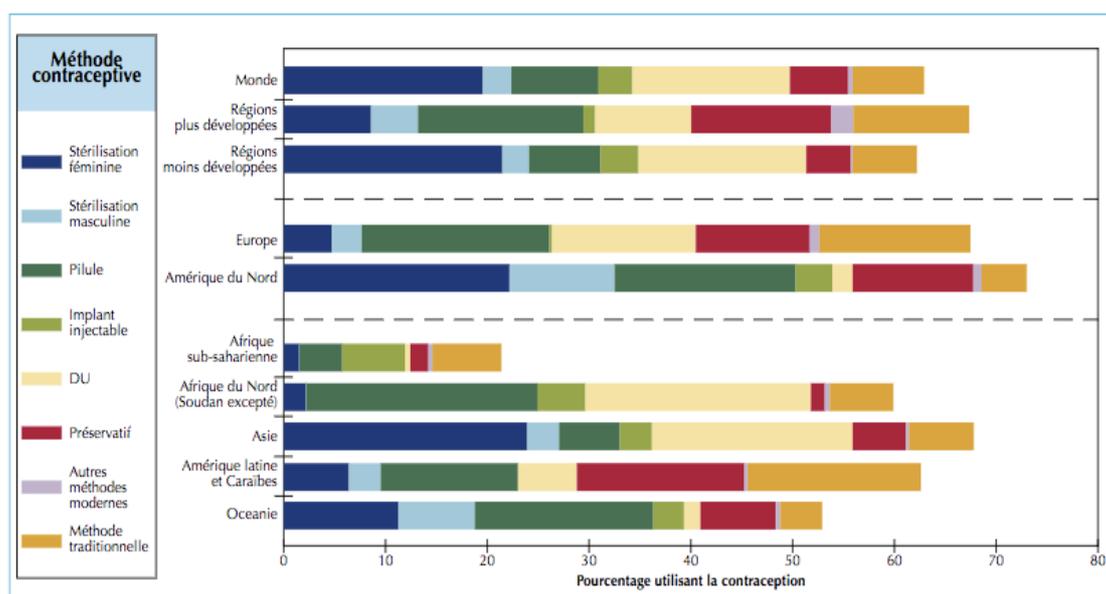
I.2. Un aperçu de la contraception en Afrique subsaharienne et dans le monde

Si la démographie européenne a en commun une natalité en baisse et une difficulté à renouveler ses générations, l'Afrique détient en 2012 le record mondial de fécondité avec 7.6 enfants par femme au Niger. En Afrique subsaharienne, même si la mortalité juvénile diminue depuis les années 1950, la baisse de la fécondité amorcée à la fin des années 1980 reste lente. Le taux de croissance annuelle de la population africaine est deux fois plus élevé que la moyenne mondiale, avec une fécondité moyenne de 5.4 enfants par femme. La disponibilité de la contraception est un facteur influençant cette disparité démographique entre les continents, puisque les besoins de contraception ne sont que très partiellement satisfaits en Afrique. Alors qu'en 2011, à l'échelle mondiale, 63% des femmes de 15-49 ans vivant en couple utilisaient une méthode de contraception et 57% une méthode médicale (stérilisation féminine, stérilet et pilule), cette proportion est estimée à 25% et 20% respectivement pour l'Afrique subsaharienne. Ces estimations donnent des valeurs encore plus faibles en Afrique centrale (21 et 9%) et occidentale (15 et 11%) (United Nations, 2011). Paradoxalement, les intervalles entre naissances sont nettement plus longs dans les pays d'Afrique subsaharienne que dans les autres pays, grâce en particulier à des périodes prolongées d'allaitement et d'abstinence sexuelle (Bongaarts & Casterline, 2013). Dans l'ensemble des pays en développement, on estime à 214 millions le nombre de femmes qui souhaiteraient éviter ou espacer les grossesses, mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception. Pourtant, le recours à l'IVG est important puisqu'on l'on estime qu'à travers le monde, une grossesse sur cinq est interrompue volontairement (Sedgh *et al.*, 2016).

En Afrique les problématiques autour de la contraception portent aujourd'hui sur les raisons qui entravent une plus large diffusion de contraception moderne. Ces freins sont de nature diverses, parmi lesquels on peut citer: un accès limité aux méthodes et aux professionnels spécialisés, une faiblesse de la demande par crainte des effets secondaires pour les méthodes médicales, des oppositions culturelles et religieuses (Bajos *et al.*, 2013). Les obstacles sont aussi de genre, puisque les hommes ont une demande moins importante de contraception que les femmes, même une fois le nombre idéal d'enfants atteint, au moins en région sahélienne (Andro & Hertrich, 2002). Une autre limitation à la diffusion de la contraception en Afrique subsaharienne tient au fait que le nombre d'enfants souhaités reste particulièrement élevé, il varie de cinq à huit, soit nettement supérieur à celui relevé dans d'autres continents lorsqu'ils se trouvaient eux-mêmes en début de transition démographique : 3.5 à 5.5 en Asie, et 3 à 4 en Amérique latine (Bongaarts & Casterline, 2013).

Pourtant les avantages de la planification familiale sont nombreux. Une couverture contraceptive adéquate pourrait réduire la mortalité maternelle mondiale de 30%, en diminuant les grossesses adolescentes mais aussi en permettant d'espacer les naissances (Ahmed *et al.*, 2012). Elle pourrait permettre de ralentir une croissance démographique non soutenable, de renforcer les capacités d'action des femmes et d'éducation des populations (OMS, 2018), et rendre plus souriantes les perspectives de gestion harmonieuse des ressources naturelles limitées de la planète.

Figure 1 Prévalence d'utilisation de la contraception par méthode et par région (United Nations, 2007)



I.3. Les immigrés d'Afrique subsaharienne en France : une immigration diversifiée, principalement installée en région Ile de France

L'immigration africaine en France est récente. En 1962, le nombre d'individus africains vivant en France était de 20 000 contre 800 000 en 2013 (Insee, 2017). Elle porte la marque du passé colonial puisque trois immigrés sur quatre proviennent d'une région anciennement colonie française avec trois principaux bassins d'émigration, par ordre d'importance :

l'Afrique de l'Ouest (Sénégal, Mali, Côte d'Ivoire, Cap Vert, Guinée), l'Afrique Centrale (Congo, Zaïre, Cameroun) puis l'Afrique Insulaire (AMdagascar, Maurice, Comores) (Lessault & Beauchemin, 2009). Au début des années 70 l'immigration provenait

principalement de l'Afrique sahélienne, résultant à la fois d'une demande de main d'œuvre en France et d'une nécessité d'immigrer pour fuir la sécheresse et la famine.

La plupart de ces migrants étaient, à leur arrivée, seuls et peu instruits. Puis, ils ont été rejoints par leur famille grâce aux politiques de regroupement familial. Depuis les années 80, les crises politiques et les guerres civiles du continent Africain ont entraîné des migrants aux profils plus diversifiés, dont une majorité provenant d'Afrique Centrale, souvent étudiants ou réfugiés politiques (Tardieu, 2006). Depuis 1990, sous l'effet croissant de ces crises, cette nouvelle immigration se poursuit, entraînant entre autres une part plus importante de femmes venues seules (Beauchemin, 2013). Début 2013, 5.8 millions d'immigrés vivaient sur le territoire français, soit 8.8% de la population résidant en France, dont près de la moitié originaire d'un pays européen. Les immigrés d'Afrique subsaharienne représentent à peine 14% de l'ensemble des immigrés en France, soit trois fois moins que les Maghrébins (Insee, 2012)

En Ile de France, où résident 60% des immigrés africains, ils constituent 4% de l'ensemble de la population. Par ailleurs, si la France est un pays d'immigration ancienne, il y a déjà plus de trois décennies qu'elle n'est plus un pays d'immigration massive. La France est le pays d'Europe où la croissance démographique dépend le moins de l'immigration. En 2001 l'apport migratoire à la croissance démographique était l'un des plus faibles d'Europe (Héran, 2004).

Pourtant, l'importance de la croissance démographique en Afrique vient renforcer l'imaginaire collectif d'une immigration vécue comme une invasion et la migration africaine, laquelle tient une place importante dans les discours publics, mais aussi dans les efforts de politiques publiques de contrôle des frontières (Beauchemin *et al.*, 2013)

I.4. Migration et régulation de la fécondité : avant le départ et après l'arrivée

Les femmes immigrées arrivent en France en moyenne avec moins d'enfants à âge égal que les femmes restées au pays. Venues principalement dans le cadre du regroupement familial, une partie des femmes a probablement attendu de rejoindre son partenaire pour avoir des enfants, ou bien ce sont les exigences de la migration qui ont sélectionné de fait les femmes ayant moins d'enfant à charge. Toutefois, après leur arrivée une part importante des femmes donnera naissance rapidement à un enfant. Quelques années après, la fécondité des immigrées se rapprochera progressivement de la fécondité des femmes nées en France et ce d'autant plus qu'elles sont arrivées jeunes (Toulemon, 2004).

Les mesures de fécondité (Toulemon & Mazuy, 2004), qui prennent en compte la structure par âge des immigrées ainsi que leur âge d'arrivée en France, montrent qu'en ce qui concerne les femmes originaires d'Afrique subsaharienne qu'à la fin de leur vie reproductive, la différence de fécondité avec les natives françaises est de +1.2 enfant. Leur fécondité est plus élevée que la moyenne générale mais ce surcroît est faible (2.5 enfants/femme contre 1.6) (Toulemon, 2004). Les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne ont à la fin de leur vie féconde en France moins d'enfants qu'elles n'en auraient eu si elles n'avaient pas migré. Plusieurs hypothèses sont retrouvées dans la littérature parmi lesquelles, une baisse du désir d'enfants relative à la moindre fécondité du pays d'accueil (Afulani & Asunka, 2015) et une augmentation des difficultés financières et un réseau social amoindri (Pérez *et al.*, 2014), entre autres.

Les femmes africaines ont des pratiques visant à réguler les naissances, avant la migration en dépit d'une faible prévalence de la contraception et après le départ en Europe même si leur fécondité est plus importante que la moyenne nationale du pays d'accueil. Les quelques études disponibles sur la pratique de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en Europe chez les femmes immigrées suggèrent un recours plus important que celui des femmes natives de ces pays (Helström, Zätterström & Odlin, 2006; Fedeli *et al.*, 2010; Pérez *et al.*, 2014). En Afrique subsaharienne, les femmes recourent aussi à l'interruption provoquée de la grossesse bien que la plupart des pays aient des lois très restrictives en la matière. Entre 2010 et 2014, 15% des grossesses annuelles ont été interrompues en Afrique avec des variations allant de 12 à 24% selon les pays (Sedgh *et al.*, 2016). En France en 2011 en population générale, la part d'IVG pour 100 grossesses était de 10% pour les femmes âgées de 30 ans contre 50% ou plus pour les âges les plus extrêmes (15 et 45 ans) (Mazuy & Toulemon, 2015). En effet, il y a une relation étroite entre les pratiques contraceptives et l'avortement. Il a été montré dans plusieurs pays que plus les femmes ont recours à une contraception moderne moins elles ont d'IVG (Pilecco & Guillaume, 2017). En revanche, dans les pays où la contraception moderne et médicale est largement diffusée, le recours à l'IVG a principalement lieu en cas d'échec contraceptif (Leridon, Bajos & Moreau, 2004). Pour les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en France, 11% des grossesses survenues après la migration se sont soldées par une interruption et les grossesses qui ont débuté suite à un échec contraceptif se sont terminées plus souvent par une IVG (Pilecco & Guillaume, 2017). Une des questions que nous nous posons est : quelle est dans ce contexte la place de la contraception après l'arrivée en France?

I.5. Contraception et immigration : les données disponibles

L'enquête nationale *Trajectoires et Origines (TéO)*, menée en 2008-2009 auprès des groupes les plus nombreux de la population immigrée en France (personnes originaires du Maghreb, Turquie, Italie, Espagne, Afrique, entre autres) avait permis de montrer que l'utilisation de la contraception médicale tous groupes confondus était large (70% des femmes), aussi bien dans la 1^{ère} que dans la 2^{ème} génération d'immigrées (Poncet *et al.*, 2013). Dans les enquêtes nationales, *Fécond 2010 et 2013*, les femmes d'origine africaine représentent un faible échantillon. Pourtant, l'utilisation de l'implant est plus élevée qu'en population générale (Bajos *et al.*, 2012), ce qui rappelle l'usage disproportionné de la contraception injectable dans les années 80 auprès de cette même population, une forme de « marginalité contraceptive » (Bretin, 2004).

Concernant la contraception des femmes vivant avec le VIH, les quelques études disponibles réalisées en Europe, suggèrent un usage prédominant du préservatif en dépit de la plus ample diffusion des autres contraceptifs. Pourtant, les taux de grossesses non désirées restent particulièrement élevés parmi les femmes vivant avec le VIH, allant de 50 à 85%, ce qui suggère indéniablement que le préservatif seul n'est pas la contraception la plus adaptée (Loutfy *et al.*, 2013; Nostlinger *et al.*, 2010).

I.6. Une immigration qui porte le poids du VIH

En France, la population originaire d'Afrique subsaharienne est particulièrement touchée par le VIH/sida. En 2013 les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne représentaient 31% des nouveaux cas de VIH diagnostiqués (Cazein, 2016). Il s'agit du deuxième groupe le plus touché par l'infection après les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. La part des immigrés d'Afrique subsaharienne dans l'ensemble de la population des personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en France métropolitaine a doublé entre 2003 et 2011, passant de 12% à 24% (Dray-Spira, Lert & Equipe Vespa2, 2013).

Si l'hypothèse d'une contamination antérieure à leur arrivée en France a été privilégiée, en partie expliquée par le fait que dans leur pays d'origine la prévalence du VIH est particulièrement élevée, des études européennes mais aussi les nouvelles données de l'enquête *ANRS-Parcours* suggèrent qu'une partie des contaminations pourrait se faire après leur arrivée. Une infection sur trois aurait alors lieu en France, principalement concentrée au cours des premières années après l'arrivée (Desgrées-du-Loû *et al.*, 2015).

L'analyse des souches virales au sein de la population immigrée d'Afrique subsaharienne va aussi dans ce sens : une personne sur quatre a un sous type du virus (VIH1 de sous type B) qui est quasi absent sur le continent africain et qui est majoritaire en France et en Europe de l'Ouest (Lucas *et al.*, 2012).

Chez les femmes immigrées, cette chaîne de contamination, qui ne s'arrête pas après le départ, pourrait s'expliquer par la précarité administrative et de logement, qui favorise les situations sexuelles à risque puisqu'elle augmente la probabilité d'avoir des relations occasionnelles, éventuellement en échange d'une aide ou d'un soutien. Les années où les femmes sont sans logement stable sont significativement associées au risque de relations transactionnelles [OR 10.5, IC95% 4,6-23,9] (Desgrees-du-Lou *et al.*, 2016).

Indépendamment du moment de la contamination, le diagnostic positif de VIH peut constituer un moment de changement très fort dans la vie de ces femmes. Elles devront affronter, outre leur problème de santé la question de l'éventuelle transmission du VIH à leur descendance. En 2015, il y avait 1,8 millions d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH avec pour principal mode de contamination la transmission mère-enfant. La mise en place du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants de moins de 15 ans a cependant permis de faire baisser la mortalité liée au sida de 53% entre 2009 et 2015, grâce entre autres au dépistage et au traitement des mères infectées durant la grossesse. En France, la bataille de l'éradication de la transmission mère enfant semble désormais gagnée -en 2016, le risque de transmission mère-enfant était estimé inférieur à 1% sous réserve d'une prise de traitement- (EPF, 2016) mais il reste à résoudre la question de la bonne prise en charge en matière de contraception

I.7. En synthèse

Afin d'étudier la contraception des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en France, nous devons prendre en compte ces différents éléments de contexte que nous avons ici tenté de résumer, des conditions à la migration (motif de venue) non homogènes, des conditions de vie une fois en France qui peuvent être difficiles, mais également le poids du VIH. Nous disposons pour cela des résultats de deux enquêtes : ANRS-*Parcours* menée auprès des femmes originaires d'Afrique subsaharienne en Ile de France et ANRS-*Vespa2* menée au niveau national auprès des personnes vivant avec le VIH

II. OBJECTIFS DE LA THESE

Objectif général

L'objectif général de cette thèse est d'étudier les aspects génésiques, sociaux et d'histoire migratoire relatifs à l'usage d'une contraception médicale en France chez les immigrées africaines en France afin d'estimer dans quelle mesure le système de soins répond favorablement à leurs attentes

Cet objectif général vise trois objectifs spécifiques

- Décrire les périodes liées à un besoin de contraception après l'arrivée en France en prenant en compte le motif de la migration (chapitre 1)
- Analyser les pratiques contraceptives de manière quantitative et les facteurs qui y sont associés (chapitre 2)
- Analyser les pratiques contraceptives spécifiques chez les femmes africaines immigrées vivant avec le VIH (chapitre 3)

III. VALORISATIONS SCIENTIFIQUES DU TRAVAIL DE THESE

III.1. Articles dans des revues à comité de lecture

Maraux B, Hamelin C, Bajos N, Dray-Spira R, Spire B, Lert F; Vespa2 study group.

Women living with HIV still lack highly effective contraception: results from the ANRS VESPA2 study, France, 2011. *Contraception*. 2015 Aug;92(2):160-9. doi: 10.1016/j.contraception.2015.04.010. Epub 2015 May

Maraux B, Annequin M, Lert F, Desgrées-du-Loû A, and the Parcours Group Study

Widespread use of contraception in Sub-Saharan African women living in France is similar to the general population but different contraceptive methods are used: Results of the "Parcours study" conducted in 2012-2013 in the greater Paris metropolitan area. Soumis

Maraux B, Annequin M, Lert F, Desgrées-du-Loû A and the Parcours Group Study

Sub Saharan African migrant women living with HIV lack highly effective contraception: migrant effect or HIV consequence? Results from the ANRS-Parcours study" En cours de rédaction

III.2. Autre publication

Barbara Maraux et France Lert

Chapitre 14: La contraception chez les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en Île-de-France : une pratique généralisée comme dans la population générale, des méthodes différentes Ouvrage *Parcours* de vie et de santé des Africains immigrés en France, Éditions La Découverte 2017, Annabel Desgrées-du-Lôu et France Lert

III.3. Communications orales dans des colloques

International AIDS Society 2014 Melbourne, Australie

Maraux B, Hamelin C, Bajos N, Dray-Spira R, Spire B, Lert F, présenté oralement par A. Desgrées-du-Lôu. Women living with HIV still lack highly effective contraception: results from the ANRS VESPA2 study, France, 2011

Atelier Santé et Migration : Santé sexuelle, reproductive et périnatale CEPED nov 2016

Maraux B Pratiques contraceptives des femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne – Résultats de l'enquête ANRS-Parcours.

Colloque Genre et Contraception : quelles (r)évolutions ? en partenariat avec l'INED décembre 2017 à Sciences Po Paris ; Maraux B Pratiques contraceptives des femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne en France

III.4. Posters

9ème conférence Internationale AIDS Society 2017

Sub Saharan African migrant women living with HIV lack highly effective contraception: migrant effect or HIV consequence? Results from the ANRS-Parcours study

Barbara Maraux, Margot Annequin, France Lert, Annabel Desgrées du Loû

Société Française de Lutte contre le Sida, Poitiers 2013

« La meilleure contraception est celle que l'on choisit » : Comment ce message s'applique-t-il aux femmes vivant avec le VIH en France ?

Barbara Maraux, Margot Annequin, France Lert, Nathalie Bajos, Rosemary Dray-Spira , Christine Hamelin et le groupe Vespa2

Colloque "Trajectoires migratoires et santé autour de la naissance, regards croisés sur les pratiques et la recherche" , Bruxelles 2-3 février 2017. « Vie reproductive et pratiques contraceptives des femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne en France - Etude Parcours » Barbara Maraux, Margot Annequin, France Lert, Annabel Desgrées du Loû

IV. MATERIEL ET METHODES

Pour répondre aux objectifs que nous nous sommes fixés, nous avons utilisé les données sur les pratiques contraceptives issues des enquêtes *Parcours* et *Vespa 2* qui s'intéressent respectivement à la population originaire d'Afrique subsaharienne vivant en Ile de France (qui inclut des personnes vivant et ne vivant pas avec le VIH) et à la population des personnes vivant avec le VIH en France. Nous allons décrire chacune de ces enquêtes de manière détaillée dans ce chapitre puis nous reviendrons sur la manière dont chacune de ces enquêtes nous a permis de répondre à nos objectifs.

IV.1. L'enquête PARCOURS-ANRS 2012-2013

Parcours pour « Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les immigrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile de France » est une recherche portée par une équipe associant des chercheurs de l'IRD-Université Paris Descartes, de l'INSERM et de l'INPES. L'enquête *Parcours* a été financée par l'Agence nationale de recherche contre le sida et les hépatites virales (ANRS), avec le soutien de la Direction générale de la Santé, et elle est soutenue par des associations de migrants et de malades VIH et hépatite B.

IV.1.1 Objectifs

Les populations d'Afrique subsaharienne constituent en France un des flux d'immigration les plus dynamiques et une des populations les plus exposées à l'infection VIH et à l'hépatite B. L'ajustement des stratégies de santé publique aux besoins propres de cette population nécessite une amélioration des connaissances sur les processus qui accroissent la vulnérabilité face à ces maladies ou au contraire contribuent à un bénéfice optimal de la prévention et des soins. L'objectif de l'étude *Parcours* était donc de comprendre chez les immigrants subsahariens comment les facteurs sociaux et individuels se conjuguent au cours du parcours de migration et d'installation en France pour augmenter ou diminuer les risques d'infection, favoriser ou réduire l'accès à la prévention et aux soins, optimiser ou limiter l'efficacité de la prise en charge pour les deux maladies VIH et hépatite B.

La recherche a été menée en Ile de France où résident 60% des personnes originaires d’Afrique sub-saharienne. Elle repose sur une enquête observationnelle transversale avec une approche biographique qui permet de restituer l’enchaînement des différents évènements des parcours de vie et de santé et d’éclairer la situation présente (type de prise en charge de la maladie, qualité de vie du patient) à la lumière de l’ensemble des éléments de la trajectoire passée (administratifs, familiaux, socio-économiques, professionnels) et des projets du patient.

IV.1.2 Construction de l’échantillon

Afin de répondre à ces objectifs, trois groupes d’études ont été identifiés au sein de la population immigrée originaire d’Afrique Sub-saharienne et vivant en Ile de France : des personnes qui vivent avec le VIH/sida (groupe VIH), des personnes ayant une hépatite B chronique (groupe Hépatite B), des personnes n’ayant ni l’une ni l’autre de ces pathologies et qui consultent dans des structures de santé généralistes en Ile de France (groupe médecine générale ou groupe de référence). Pour chacun de ces sous-groupes, la procédure de constitution de l’échantillon est différente. Il ne sera présenté que les informations relatives au groupe VIH et au groupe de médecine générale, les données concernant le groupe hépatite B n’ayant pas été exploitées dans le cadre de cette thèse.

a) Base de sondage des hôpitaux et échantillonnage

- Groupe Médecine générale

L’échantillon aléatoire des personnes non porteuses du VIH ou de l’hépatite B et consultant en centre de santé généraliste a été constitué à partir d’une base de sondage incluant les centres de consultation de médecine générale de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) d’Ile de France qui fédère la majeure partie des centres de santé, quel que soit leur statut (public, privé ou associatif)(118 centres), à laquelle ont été ajoutés les centres de consultation pour les populations précaires (9 centres), au total 127 centres ont ainsi été recensés.

La base de sondage de 127 centres ainsi constituée a été stratifiée selon le type de centre et le nombre d’immigrés subsahariens dans la commune du centre de santé : les centres de consultation pour les populations précaires constituaient une strate (strate 1); les centres de la FNCS étaient répartis en quatre strates : les centres de communes de moins de 500 immigrés subsahariens (Strate 2), les centres de communes ayant entre 500 et 800 immigrés subsahariens (strate 3), les centres de communes ayant entre 800 et 1600 immigrés

subsahariens (strate 4) et enfin les centres de communes ayant plus de 1600 immigrés subsahariens (strate5). La probabilité d'inclusion de chaque centre était de 0,666 pour la strate 1, 0,138 pour la strate 2, de 0,235 pour la strate 3, de 0,2 pour la strate 4 et de 0,244 pour la strate 5. Au total, 118 centres ont été tirés au sort et 30 ont accepté de participer soit un taux d'acceptation centre de 25%.

Il a fallu solliciter 120 centres de médecine générale pour en recruter 30, parmi lesquels 24 centres de santé de la Fédération nationale des centres de santé, 8 PASS (permanences d'accès aux soins de santé de l'hôpital), 2 centres humanitaires offrant des soins gratuits à des personnes sans assurance maladie : le centre d'accueil et d'orientation de Médecins du Monde) et le Comede (centre de santé du comité pour la santé des exilés).

- Groupe VIH

A partir de la base de sondage des hôpitaux ayant une activité de suivi de l'infection pour le VIH créée pour l'enquête *Vespa 2*, et qui sera décrite postérieurement, une base de sondage restreinte à l'Ile de France a été constituée. La base de sondage comprenait 41 hôpitaux publics ou privés ayant une activité de suivi VIH en région parisienne.

Seuls les services ayant une file d'active d'au moins 100 patients originaires d'Afrique subsaharienne ont été retenus, soit 37 au total pour le tirage au sort. Ces 37 services hospitaliers ont été ensuite répartis en cinq strates selon la taille de la file active de patients subsahariens : strate 1 : file active de 100 à 199 patients ; strate 2 : 200 à 299 patients ; strate 3 : 300 à 349 patients ; strate 4 : 350 à 600 patients et strate 5 : file active supérieure à 600 patients. La fraction de sondage au sein des différentes strates était de 1 sur 3 dans la strate 1, de 1 sur 2 dans la strate 2, de 0.375 dans la strate 3, de 0.625 dans la strate 4 et de 1 pour la strate 5. Au total 27 services ont été tirés au sort et 24 ont accepté de participer à l'enquête (soit un taux de participation de 89%).

b) Sélections des patients

A partir de la taille de l'échantillon préalablement définie (fixé à 1000 personnes par groupe), le nombre de personnes à inclure dans chacune des strates et dans chacun des services a été calculé au prorata de la part de sa file active dans la strate et de la part de la strate dans la file active.

- **Critères d'éligibilité de l'enquête *Parcours***

- être né dans un pays d'Afrique subsaharienne
- avoir plus de 18 ans
- pour le groupe VIH, avoir été diagnostiqué depuis plus de 3 mois, quelles que soient les coïnfections
- pour le groupe de médecine générale, ne pas être porteur connu du VIH ou du VHB par le médecin consultant

- **Participation**

Au sein des différents centres de soins et pendant la période d'enquête, les médecins repéraient au cours de la consultation les patients éligibles à partir du dossier médical et proposaient à tous les patients éligibles de participer à l'enquête, sauf s'ils estimaient que le patient n'était pas en état de mener un entretien (pour des raisons de santé mentale ou physique, ou pour incapacité de mener un entretien dans une langue maîtrisée par l'enquêteur).

Groupe médecine générale

Entre le 30 janvier 2012 et le 31 mai 2013, un total de 1184 individus répondant aux critères d'éligibilité s'est présenté dans les 30 services de médecine générale participants. Parmi les 1184 patients éligibles, 124 n'ont pas été sollicités par leur médecin, 91 pour des raisons de santé et 33 pour des problèmes de langue. Parmi les 1060 individus sollicités, 297 n'ont pas participé (295 ont refusé et 2 ont abandonné l'interview en cours de questionnaire). Au total, 763 individus ont été inclus (taux de participation : 71.9%). La participation ne différait pas selon le sexe, l'âge ou la situation professionnelle.

Groupe VIH

Entre le 30 janvier 2012 et le 31 décembre 2012, 1829 personnes infectées par le VIH et répondant aux critères d'éligibilités se sont présentées dans les 37 services participants. Parmi les 1829 patients éligibles, 141 n'ont pas été sollicités par leur médecin, 111 pour des raisons de santé et 30 pour des problèmes de langue. Parmi les 1688 individus sollicités, 762 n'ont pas participé (744 ont refusé et 18 ont abandonné l'interview en cours de questionnaire). Au total, 962 individus ont été inclus (taux de participation : 54.9%). Le taux de participation était plus élevé parmi les hommes sans emploi comparé à ceux qui travaillaient, mais ne différait pas selon le sexe, l'âge, ou le niveau de CD4.

Pour tous les groupes

Dans chaque centre, l'enquête se terminait lorsque le nombre de patients à inclure était atteint ou, si ce n'était pas le cas, à la date de clôture de l'enquête. Lorsque le patient acceptait de participer à l'étude, le médecin lui remettait une note d'information sur l'enquête et recueillait son consentement écrit. Il lui remettait un carton portant un numéro d'identifiant afin d'assurer dans la suite de la collecte l'anonymat et la confidentialité des données et l'orientait vers l'enquêteur Ipsos à l'issue de la consultation. L'enquêteur Ipsos réalisait l'entretien à la sortie de la consultation, en face à face dans une pièce dédiée pour garantir la confidentialité. Le médecin pouvait aussi proposer un rendez-vous dans les jours suivants aux patients qui acceptaient de participer à l'étude mais n'étaient pas disponibles immédiatement. Les participants à l'enquête ont reçu une indemnisation de 15€ sous forme de bon d'achat pour le temps passé en entretien.

Figure 2. Diagramme de participation à l'enquête Parcours selon le Groupe (Médecine Générale ou VIH)

	Enquête ANRS-Parcours	
	Médecine générale	VIH
Base de sondage	Base des centres de santé de la Fédération Nations des centres de santé d'IDF + centres de consultation « précaires »	Tous les services hospitaliers prenant en charge le VIH en IDF
		
Nombre de services enquêtés	30	24
Patients éligibles	1184	1829
→ Patients non sollicités	124	141
→ Refus	297	762
→ Total des personnes enquêtées	763	962

IV.1.3 Données recueillies au niveau de participants

Pour tous les groupes d'étude, afin de prendre en compte les difficultés que pouvaient rencontrer les immigrés pour participer à l'enquête du fait d'une mauvaise ou d'une absence de maîtrise de la langue française, le questionnaire patient était proposé en français ou en anglais, et, sur rendez-vous, l'aide d'un interprète était proposée pour réaliser l'entretien dans une langue africaine maîtrisée par l'enquêté ce qui n'a été que très rarement le cas.

Dans chaque service enquêté, un registre d'informations était tenu par chaque médecin participant à l'étude. Chaque page du registre était composée de deux feuillets : une bande nominative détachable comportant la correspondance entre l'identité des patients retenus pour l'enquête et leur numéro d'identifiant, et un feuillet anonyme comportant les caractéristiques majeures des patients éligibles. Au fur et à mesure de sa consultation, le médecin reportait sur le registre tous les patients éligibles, avec leur sexe, groupe d'âge, si le patient a travaillé au moins un jour dans la semaine précédente, un indicateur de santé (CD4 au dernier bilan pour les patients VIH, le fait de consulter dans ce centre pour la première fois pour les patients du groupe généraliste), et sa participation à l'enquête (participation, non sollicité, refus).

- Le questionnaire biographique

Les informations principales étaient recueillies auprès des participants par un questionnaire biographique standardisé administré par un enquêteur en face à face (durée moyenne 55mn).

Le questionnaire biographique se composait de deux parties :

Une ***trame de questions associée à une grille biographique***, qui permettait de repérer, de noter et de dater (à l'année) les événements survenus dans la vie des enquêtés, de leur naissance à la date de l'enquête, dans les divers domaines explorés dans la recherche.

Un ***cahier de modules thématiques***, qui permettait d'approfondir les séquences et les événements préalablement identifiés dans la grille biographique (ou certains d'entre eux).

De forme très graphique et visuelle, la grille (ou calendrier) biographique facilitait le travail de remémoration, de notation et de datation des événements qui jalonnent la vie des enquêtés. En particulier en favorisant et en s'adaptant de façon souple au processus de remémoration qui fonctionne par associations d'idées et interconnexions entre domaines biographiques (« je suis partie de Mauritanie quand je me suis mariée ; j'avais 19 ans »), ce type d'outil permet d'optimiser le recueil en termes de complétude comme de fiabilité des données collectées. On appelle ce type d'outil fiche Ageven(Age-événement) ou Life History Calendar (LHC).

Les thèmes explorés dans le questionnaire biographique sont les suivants :

- ⇒ Biographie résidentielle et histoire des logements
- ⇒ Histoire des activités – éducation et ressources
- ⇒ Le niveau d’instruction, le type de formation puis l’enchaînement des diverses activités professionnelles ou d’inactivité est recueilli. Pour chaque période on demande le type de ressources dont disposait l’enquêté.
- ⇒ Histoire conjugale et familiale
- ⇒ Histoire des tests de dépistage : Historique des tests de dépistage que l’enquêté a pu avoir, pour le VIH et pour le VHB, à quel moment, pour quelle raison et quel en était le résultat. En cas de diagnostic positif pour l’une ou/et l’autre de ces infections, des questions sont posées sur le calendrier de la prise en charge après le diagnostic, et sur le partage de l’information avec l’entourage et en particulier avec les conjoints successifs.
- ⇒ Santé générale et histoire des maladies
- ⇒ Arrivée en France et séjour en France
- ⇒ Le moment de la première arrivée en est plus particulièrement exploré : raisons de la venue en France et conditions d’arrivée. L’histoire administrative à partir de l’arrivée en France est retracée dans ses grandes lignes, ainsi que l’histoire des nationalités s’il y a eu des changements. On explore ensuite l’existence d’une protection maladie et les problèmes éventuellement rencontrés dans le système de soins (financiers, administratifs, discrimination)
- ⇒ Santé sexuelle et reproductive
- ⇒ Réseaux sociaux, réseaux d’entraide

- Le questionnaire médical

Le questionnaire médical était rempli par le médecin, à partir du dossier médical du consultant. Pour le groupe VIH, il porte sur les repères chronologiques et les paramètres clés de la maladie et de son traitement. Pour le groupe Médecine générale, il renseigne le motif de consultation et la/les pathologies dont peut souffrir le patient au moment de l’enquête, et les traitements en cours.

IV.1.4 Pondération

Afin de tenir compte du plan de sondage et de la non-participation, toutes les données ont été pondérées, c'est-à-dire qu'elles prennent en compte un coefficient de pondération correspondant à l'inverse de la probabilité d'inclusion de chaque individu dans l'échantillon. Cette dernière est calculée à partir de la probabilité d'inclusion de chaque structure de soin dans l'échantillon, du nombre de demi-journée de consultation hebdomadaires dans chaque structures incluses et de la participation individuelles à l'enquête par demi-journée de consultations incluses.

L'équipe scientifique de *Parcours* a longuement réfléchi à effectuer un redressement sur les données du recensement, notamment. Bien que l'unité d'étude d'échantillonnage du recensement soit le foyer et puisse de ce fait inclure des personnes en situation irrégulière, il est possible qu'un certain nombre refuse de répondre par crainte d'un contrôle migratoire d'une part et d'autre part, le recensement compte peu de personnes arrivées récemment en France. Si bien qu'un redressement aurait sans doute amené à sous-estimer les personnes en situation irrégulière ou les nouveaux arrivants.

IV.2. L'enquête VESPA2-ANRS 2011 (enquête sur les personnes atteintes par le VIH)

Les enquêtes *Vespa* sont deux larges enquêtes transversales nationales ; effectuées entre décembre 2002 et septembre 2003 pour *Vespa1*, puis entre avril 2011 et janvier 2012 pour *Vespa2*, en milieu hospitalier au sein des services spécialisés dans la prise en charge du VIH en France Métropolitaine et dans les départements Français d'Amérique. Ces enquêtes ont été coordonnées par des chercheurs de plusieurs équipes de l'INSERM et financées par l'Agence Nationale de recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS), avec le soutien de Direction générale de la santé et des associations de personnes vivant avec le VIH (AIDS, Act'Up). Le recueil des données a été assuré par la société Ipsos (Institut de Sondage). Seule l'enquête *Vespa2* et sa partie réalisée en France métropolitaine sera étudiée dans cette thèse.

IV.2.1 Objectifs

L'objectif principal de l'enquête était de décrire la situation sociale et les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH en France à l'ère de traitements antirétroviraux, avec le souci spécifique de rendre compte de la diversité des situations rencontrées au sein des différents sous-groupes qui constituent la population séropositive en France. Les dimensions explorées concernaient l'accès aux soins et à la prise en charge, le retentissement de l'infection à VIH et de son traitement ; la vie professionnelle, les ressources et les conditions de vie, l'entourage et la vie sociale, la vie conjugale, affective et sexuelle. L'existence et le retentissement des discriminations dans chacun des domaines étaient également abordés. Ces informations portaient sur la période correspondant à l'étude, et des repères chronologiques permettaient de dater de façon rétrospective les événements majeurs de la trajectoire sociale et de la maladie depuis la connaissance du diagnostic de séropositivité.

Ces enquêtes ont été réalisées dans le but d'apprécier de manière globale la vie et la santé des personnes vivant avec le VIH. Ont été prises en compte les dimensions sociales, psychologiques et socio-économiques des individus. Les cohortes de l'ANRS ou les enquêtes menées par les associations de patients ne récoltaient pas d'informations sur les

conditions de vie des individus ou alors trop partiellement et étaient restreintes à certains groupes ou à certaines régions de la population vivant avec le VIH. Les enquêtes *Vespa2* avaient donc pour objectif de décrire les conditions de toutes les personnes vivant avec le VIH en France. Les questions relatives à la contraception n'ont été posées que dans *Vespa2*, elles ont été posées de la même façon que dans les enquêtes en population générale dans le but de faciliter les comparaisons.

IV.2.2 Construction de l'échantillon

Le suivi pour l'infection VIH était principalement hospitalier à cette période, il a été choisi d'effectuer une enquête auprès des patients venant consulter à l'hôpital pour le suivi de leur infection à VIH. L'enquête visait à constituer un échantillon de patients représentatifs de l'ensemble de la population des personnes suivies à l'hôpital dans le cadre de leur infection à VIH au niveau national ; le but étant de rendre compte de la diversité de l'épidémie à la fois en termes de caractéristiques des individus suivis (en particulier : sexe, origine géographique, groupe de transmission du VIH) et de prise en charge de la maladie (en particulier : localisation géographique et taille des services hospitaliers ayant une activité de suivi de l'infection VIH).

Plusieurs étapes ont donc été mises en place pour pouvoir répondre à ces objectifs.

a) Construction d'une base de sondage d'hôpitaux

Il n'existe pas de registre ou de liste exhaustive des services ayant une activité de suivi VIH pouvant servir de base de sondage à une telle enquête. En croisant les informations issues de différentes sources de données, une base de sondage des établissements prenant en charge des patients atteints par le VIH a été constituée. Les informations ont été issues des bases de données suivantes en 2011 :

base de données hospitalières française sur l'infection à VIH (FHDH ANRS CO4) qui fournit les informations sur les files actives des établissements rattachés à un COREVIH ;
base de données des déclarations obligatoires de cas de SIDA qui indique pour chaque hôpital le nombre de personnes passées au stade clinique de SIDA chaque année ;
des données issues de la cohorte ANRS-CO3 Aquitaine qui suit des patients suivis pour le VIH à Bordeaux et dans 8 établissements du sud-ouest de la France ont également été mobilisées.

Cette étape de recouplement de données a permis de recenser 605 hôpitaux en 2011, avec pour chacun une estimation de la file active des patients suivis.

b) Échantillonnage des hôpitaux

En 2011, parmi les hôpitaux recensés, ont été exclus du tirage au sort ceux ayant une file active inférieure à 100 patients et c'est 118 hôpitaux qui ont été retenus, avec au total une file active de 79 046 patients. Les hôpitaux en 2011 ont été répartis en trois strates selon la taille de leur file active : « petits » (file active de 100 à 300 patients) ; « moyens » (300 à 800 patients) et « gros » (plus de 800 patients).

En 2011, le tirage au sort des hôpitaux s'est effectué sur le seul le critère de la taille de la file active avec une fraction de sondage de 1 parmi les « gros » établissements, de 1 sur 2 parmi les « moyens » et de 1 sur 4 parmi les « petits ».

En 2011, 68 établissements comptant 73 services, ont été tirés au sort et ont accepté de participer à l'enquête. Au sein de ces établissements, tous les services ayant une activité de suivi du VIH ont été inclus.

c) Sélection des médecins

Tous les médecins ayant une activité de consultation de suivi du VIH dans chaque service participant étaient invités à participer au recueil. Dans le cas d'une maladie de longue durée qui affecte une population très diversifiée, chaque médecin peut avoir – du fait de son expérience ou de ses préférences – des patients ayant un profil particulier. De leur côté, les patients choisissent le praticien qui les accompagne pour une prise en charge cruciale pour leur survie.

En 2011, 413 médecins ont participé à l'enquête.

d) Sélection des patients

La taille visée de l'échantillon à enquêter avait été fixée a priori à environ 3000 sujets en 2011. Au vu des données disponibles, cette taille d'échantillon devait permettre d'interroger suffisamment de patients pour mieux connaître les conditions de vie des sous-groupes même minoritaires (femmes, étrangers), tout en limitant la période de collecte d'information dans chaque service compte tenu du coût du recueil et de la perturbation du fonctionnement des services engendrée par l'enquête.

Le nombre de patients à inclure dans chaque établissement a été établi au prorata de sa part dans la file active totale de la région, cet effectif étant ensuite réparti entre services et médecins au prorata du nombre hebdomadaire de demi-journées consacrées aux consultations VIH. La figure 1 présente les différentes étapes de la constitution des échantillons de patients en 2003 et 2011.

- **Critères d'éligibilité enquête Vespa 2**
 - être âgés de 18 ans ou plus
 - être séropositifs pour le VIH-1 avec un diagnostic datant d'au moins 6 mois
 - résider en France depuis au moins 6 mois, peu importe la nationalité.

- Tirage au sort

En 2011, les patients éligibles étaient sélectionnés pour l'enquête par un tirage au sort dont le pas de tirage était différent selon le type de recours à l'hôpital. En consultation externe, les patients éligibles étaient tirés au sort selon l'ordre de leur passage en consultation : le médecin sollicitait chaque patient éligible jusqu'au premier acceptant de participer. Celui-ci signait un formulaire de consentement et était interrogé par un enquêteur immédiatement après la fin de la consultation.

Figure 3 Schéma de la constitution des échantillons - Enquête Vespa2 -2011

ANRS-Vespa 2			
Patients éligibles	9098		
Patients tirés au sort	5617	➔	Non sollicités par le médecin 378
Patients sollicités	5239	➔	Refus de participation 2147
Nombre total de participants	3022		

Ensuite, le médecin attendait que l'enquêteur soit à nouveau disponible pour solliciter le patient éligible suivant entrant en consultation. Le pas de tirage parmi les patients éligibles était ainsi déterminé par la disponibilité de l'enquêteur, dépendant elle-même de la durée, forcément variable, de chaque interview. Cette procédure de tirage avait pour but d'éviter à la fois que les médecins introduisent un biais de sélection en sélectionnant eux-mêmes les patients à solliciter, et que les patients aient à attendre entre la fin de leur consultation et la passation du questionnaire (et risquent ainsi de partir avant d'avoir été interrogés). En hôpital de jour, tous les patients éligibles étaient sélectionnés. Les patients tirés au sort

étaient sollicités par le médecin pour l'enquête, sauf si celui-ci le jugeait inadéquat en raison d'un problème de santé ou de difficultés linguistiques.

- Participation

Parmi les 5617 patients tirés au sort en 2011, la non sollicitation par le médecin pour participer à l'enquête, parce que celui-ci a jugé que le patient n'était pas en état physique et/ou psychologique de répondre au questionnaire, a concerné 212(2.3%) patients. De plus pour des problèmes de maîtrise de la langue, 166(1.8%) patients n'ont pas été sollicités en 2011.

Parmi les 5239 individus sollicités en 2011, 2147 ont refusé de participer. Les refus de participation ont principalement été motivés par un manque de temps, la procédure d'enquête imposant que les patients soient interrogés à l'issue même de la consultation, sans avoir été prévenus au préalable.

En 2011, comparés aux éligibles, les participants étaient significativement plus souvent des hommes infectés par rapports sexuels avec des hommes, avaient plus souvent un taux de $CD4 > 500/mm^3$, et ils étaient moins souvent étrangers et en emploi. En 2011, 70 ont abandonné l'interview au cours du questionnaire.

Au total, 3022 individus ont été inclus en 2011, soit un taux de participation respectivement de 58% des éligibles sollicités.

IV.2.3 Données recueillies

a) Au niveau des patients éligibles

Pour tous les patients éligibles, un registre d'information anonymisé permettait de recueillir d'une part des informations concernant le processus de sélection (tirage au sort, sollicitation par le médecin, participation), et les principales caractéristiques des individus (sexe, âge, groupe de transmission du VIH, statut d'emploi ; derniers résultats disponibles pour le taux de CD4 et la charge virale plasmatique) d'autre part. En 2011, le registre d'information collectait la nationalité des individus éligibles. Ainsi, ce registre fournit des données essentielles pour repérer d'éventuels biais de sélection au niveau des différentes étapes de l'enquête : tirage au sort, participation.

b) Au niveau des patients participants

- Questionnaire principal

Les participants répondaient à un questionnaire standardisé administré en face-à-face (méthode Capi, Computer Assisted Personal Interview) par un enquêteur spécialisé sur place à l'issue de la consultation médicale. Le questionnaire durait en moyenne 55 minutes en 2011. Le questionnaire était divisé en 9 modules concernant respectivement les caractéristiques sociodémographiques, l'histoire de la maladie, l'accès aux soins et la prise en charge médicale ; l'insertion professionnelle ; les ressources et les conditions de vie ; la vie sociale et l'entourage ; la vie affective, conjugale et sexuelle et la parentalité ; la santé mentale et enfin, l'engagement associatif. Pour chacun des domaines étudiés, les informations recueillies portaient non seulement sur la période de l'étude, mais aussi de façon rétrospective sur la situation au moment du diagnostic et sur les périodes de ruptures au cours de la trajectoire depuis le diagnostic. Au terme de l'entretien, les participants recevaient une indemnisation de 15€ sous la forme d'un bon d'achat.

- Questionnaire médical

Pour chaque participant, des informations médicales sur les indicateurs clés de l'infection par le VIH, les comorbidités et les traitements prescrits étaient documentées par l'équipe soignante à partir du dossier médical.

c) Au niveau des services participants

Une fiche standardisée permettait de recueillir, au niveau de chaque service hospitalier, des informations sur les caractéristiques de l'activité VIH du service et les prestations médicales et sociales proposées aux patients (en particulier : consultations spécialisées proposées au sein du service ; présence d'un(e) assistant(e) social(e), d'un(e) psychologue, d'un(e) diététicien(ne) ; consultation d'observance ; permanences associatives). Cette fiche était renseignée par une infirmière ou un attaché de recherche clinique du service concerné. Elles ont permis d'étudier l'effet « service » sur différentes dimensions de la prise en charge.

IV.2.4 Pondération et redressement

Afin d'être en mesure d'extrapoler les résultats des enquêtes à l'ensemble de la population des personnes vivant avec le VIH et suivies à l'hôpital en France, les données obtenues ont été pondérées et redressées. La procédure de calcul des pondérations a été effectuée en plusieurs étapes. Tout d'abord, la pondération a pris en compte le fait que, en lien avec le plan de sondage, les individus consultant dans des hôpitaux appartenant à différentes strates définies par la région et la taille de la file active n'avaient pas la même probabilité d'être inclus dans l'échantillon. De plus, afin de tenir compte de la probabilité inégale d'inclusion dans l'échantillon en lien avec l'hétérogénéité de la fréquence des consultations à l'hôpital, chaque individu de l'échantillon s'est vu attribuer un poids correspondant à l'inverse du nombre de consultations à l'hôpital qu'il avait déclaré pour l'année précédant l'enquête. Enfin, afin de prendre en compte les différences de taux de participation selon le groupe de transmission, le statut d'emploi et l'état immunologique, les données ont été redressées de manière à ce que parmi les participants, la distribution de ces caractéristiques soit comparable à celle observée parmi l'ensemble des patients éligibles.

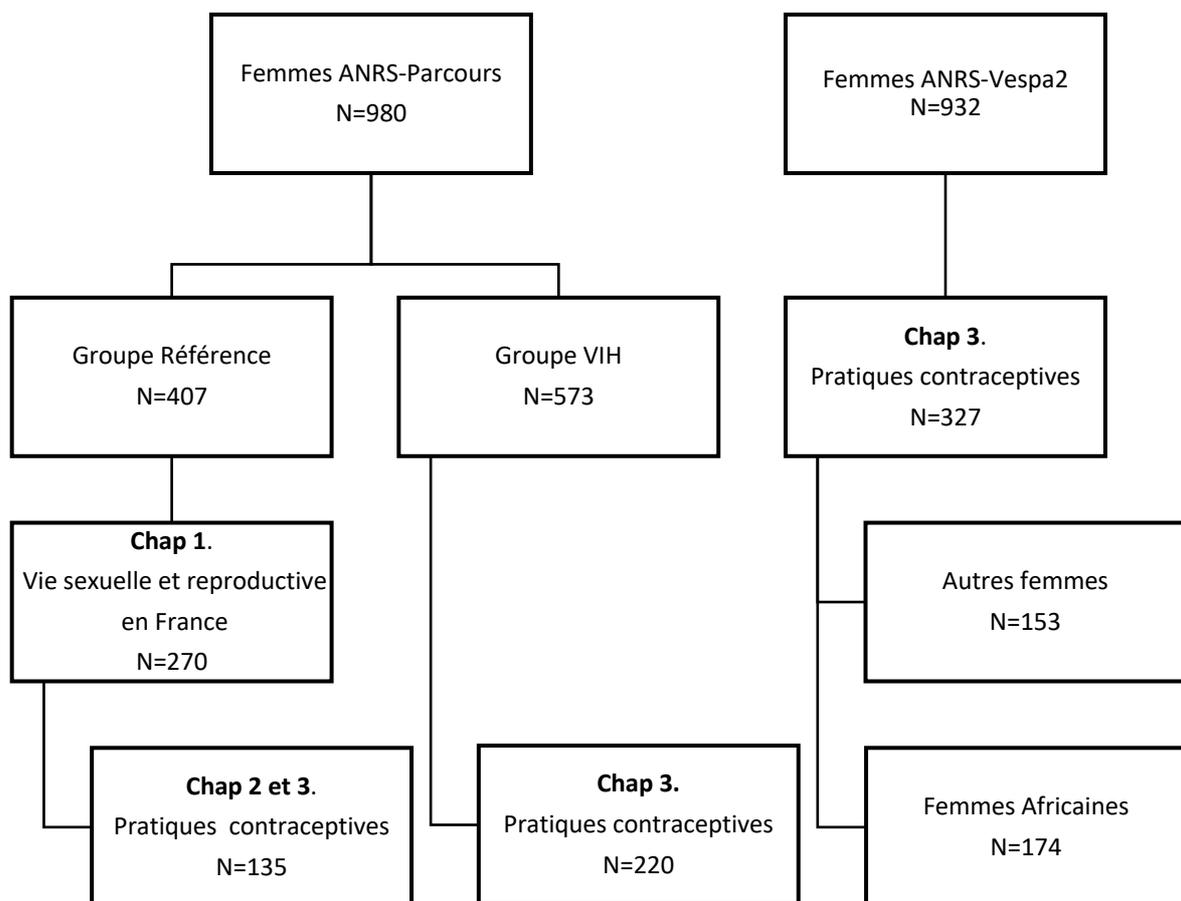
Le coefficient de redressement, obtenu par calage sur marges en 2003 et post-stratification en 2011, a été calculé de manière à ce que la distribution soit pondérée et redressée des caractéristiques des individus participants en termes de sexe, âge, nationalité, situation d'emploi, groupe de transmission, taux de CD4, charge virale et région de l'hôpital soit la même que parmi l'ensemble des individus éligibles pour l'enquête.

IV.3. Synthèse des enquêtes utilisées pour chacun des chapitres et des effectifs correspondants

- Chapitre 1. Dans le premier chapitre nous traiterons de la vie reproductive des femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne en France pour répondre aux questions suivantes: Est-ce que le motif de venue en France a un effet sur le délai entre l'arrivée et les naissances? Sur le nombre d'enfants qui naîtront en France ? Est-ce que le motif de venue impacte le besoin contraceptif, et si oui, à quelle période par rapport à l'arrivée ? Pour cela, nous avons utilisé les données de l'enquête *Parcours* issues des femmes du groupe de référence.
- Chapitre 2. Le deuxième chapitre abordera notre objectif principal : documenter les différentes méthodes contraceptives utilisées et analyser les facteurs associés à l'utilisation d'une méthode plutôt qu'une autre. Pour cela nous avons utilisé les données de l'enquête *Parcours* sur le groupe de référence en besoin de contraception. Dans le but de confronter nos résultats à ceux retrouvés en population générale, nous avons utilisé les données publiées de l'enquête Fécond en population générale. Une description de cette enquête sera faite dans ce 2ème chapitre.
- Chapitre 3. Dans le troisième et dernier chapitre nous étudierons le cas des femmes africaines immigrées infectées par le VIH : leurs pratiques contraceptives sont-elles modifiées par le VIH ? en comparaison aux immigrées non infectées ? sont-elles différents de celles des autres femmes (non immigrées d'Afrique subsaharienne) vivant avec le VIH ? Pour cela, nous avons utilisé les données des deux enquêtes *Parcours* et *Vespa2*. Premièrement nous avons comparé les modalités contraceptives des femmes du groupe de référence et les femmes du groupe VIH de *Parcours*. Deuxièmement nous avons comparé parmi les femmes enquêtées dans *Vespa*, c'est à dire uniquement des femmes vivant avec le VIH, les pratiques contraceptives selon leur origine (femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne et autres femmes (françaises ou autres étrangères)). Finalement nous avons comparé les pratiques contraceptives des femmes vivant avec le VIH enquêtées dans *Parcours* et les des femmes vivant avec le VIH et originaires d'Afrique subsaharienne de *Vespa2*.

Parcours a interrogé au total 926 immigrés subsahariens vivant avec le VIH et 763 personnes n'ayant aucune de ces deux pathologies (groupe de référence). Parmi le groupe de référence il y avait 407 femmes dont 270 en âge de procréer, parmi lesquelles 135 femmes en besoin de contraception. Le premier chapitre s'intéressera à l'ensemble des femmes en âge de procréer (N=270), le 2^{ème} chapitre n'étudiera que les femmes en besoin de contraception soit 135 femmes. Parmi les 573 femmes vivant avec le VIH enquêtées dans *Parcours*, 441 femmes étaient âgées de 18-49ans. L'étude de la contraception a été menée auprès de 220 femmes. *Vespa2* a interrogé 3022 patients, 932 étaient des femmes dont 662 étaient âgées entre 18 et 49 ans L'étude de la contraception est menée auprès de 327 femmes en âge de procréer dont 174 africaines et 153 françaises de naissance ou immigrées d'autres régions.

Figure 4 Diagramme des sous échantillons utilisés pour chaque chapitre de thèse : 1 -2- 3



IV.4. Méthodes communes

IV.4.1 Recueil de l'information sur la contraception et la méthode utilisée

Concernant la contraception, *Parcours* comme *Vespa2* ont utilisé la même question pour identifier la situation reproductive des femmes en âge de procréer et le type de méthode contraceptive utilisée. Elle sera nommée « *Question Standard* »

- ***Actuellement utilisez-vous un moyen pour éviter une grossesse ?*** Si la réponse était positive alors les personnes devaient indiquer le ou les moyens utilisés sans que ceux-ci soient énoncés par l'enquêteur (préservatif, pilule, dispositif intra-utérin, implant contraceptif, patch hormonal, anneau vaginal, stérilisation contraceptive, injection contraceptive, contraception d'urgence, méthode naturelle, aucune méthode). En cas de réponse négative, une deuxième question est posée :
- ***Vous n'utilisez pas de contraception en ce moment. Est-ce parce que... ?***, avec le choix entre les modalités suivantes : pas de rapport sexuel depuis 12 mois ou plus, recherche de grossesse ou enceinte, infertilité, ménopause, hystérectomie, autre motif.

IV.4.2 Définition des situations reproductives

Les femmes en besoin de contraception sont les femmes qui ont répondu par « oui » à la 1^{ère} question. Sont également incluses les femmes qui ont répondu par « non » mais qui ont précisé à la deuxième question qu'aucune méthode ne leur convenait ou bien qu'elles n'utilisaient que des méthodes naturelles ou aucune contraception.

Les autres situations reproductives que sont l'absence de relation sexuelle dans l'année et le fait de rechercher une grossesse ou être enceinte ont été définies par la réponse à la 2^{ème} question.

IV.4.3 Regroupement des méthodes contraceptives utilisées

Les méthodes, leur prix et la manière de les obtenir sont décrites dans la figure 6. Lorsque plusieurs méthodes sont déclarées, la méthode retenue est la plus efficace selon un

algorithme d'efficacité théorique (Trussell, 2011). Les différentes modalités de regroupement des méthodes contraceptives sont définies de la façon suivante ²:

Méthodes médicales : méthodes qui nécessitent la prescription ou l'intervention du médecin : la pilule, l'implant, le patch, l'anneau vaginal, le dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet, la contraception d'urgence et la stérilisation tubaire.

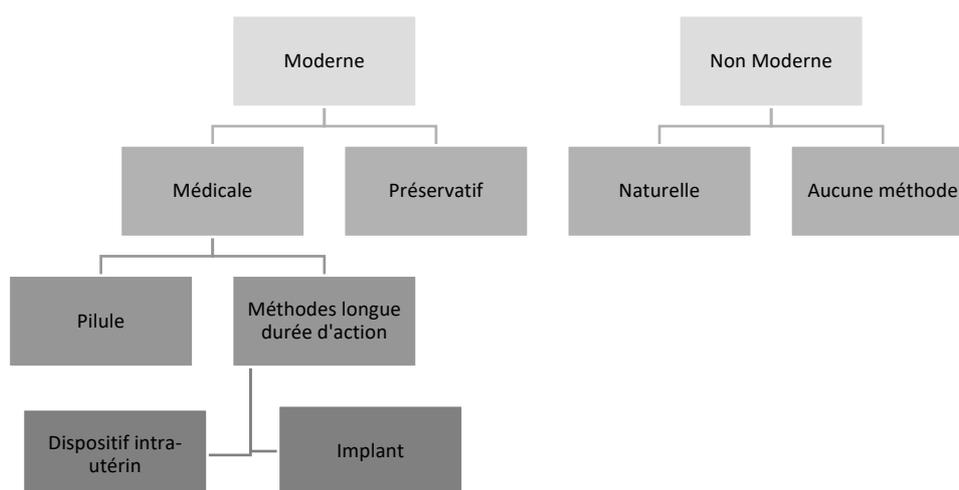
Méthodes modernes correspond au préservatif et aux méthodes médicales

Méthodes naturelles : retrait, éviction des jours à risque.

Aucune méthode : personnes qui déclarent n'utiliser ni des méthodes modernes ni des méthodes naturelles

Méthodes contraceptives de longue durée d'action (MLD) : méthodes qui ne nécessitent pas une prise quotidienne, correspondent au dispositif intra-utérin ou à l'implant

Figure 5. Diagramme des principales méthodes contraceptives et de leur regroupement



² L'allaitement n'a pas été pris en compte dans nos études, parce qu'il ne représente pas une contraception intentionnelle mais s'inscrit plus dans l'ordre naturel des choses qui permet d'espacer naturellement les naissances sans constituer une véritable contraception efficace. Rappelons aussi que dans le cadre français avec les facilités d'accès au lait artificiel, l'allaitement n'est pas recommandé chez les femmes vivant avec le VIH, puisqu'il peut être responsable de la transmission du virus à l'enfant, même si cette question est actuellement débattue pour les femmes ayant une charge virale négative (Waite *et al.*, 2018).

Figure 6. Description des principales méthodes contraceptives, de leur mode d'action, leur prix et les modalités d'obtention, image tirée de www.choisirsacontraception.com

LES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

LA MÉTHODE	PRIX*	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p>PILULE CONTRACEPTIVE Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant 21 jours ou 28 jours, selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées œstroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives qui n'en contiennent qu'une.</p>	De 1,69 à 14 €/mois. Certaines sont remboursées à 65 %. Gratuite dans les CPEF ¹ pour les mineures et pour les non-assurées sociales.	Prescrite par un médecin ou une sage-femme. Délivrée sur ordonnance en pharmacie.
 <p>PATCH CONTRACEPTIF Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4^e semaine, on ne met pas de patch, mais on est tout de même protégé. L'arrêt provoque l'apparition des règles. Un geste hebdomadaire, pratique pour celles qui ne veulent pas avoir à penser à leur contraception tous les jours.</p>	Environ 15 €/mois. Non remboursé.	Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
 <p>IMPLANT CONTRACEPTIF Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin dès que la femme le désire. L'implant permet d'avoir l'esprit libre pendant 3 ans.</p>	106,76 €. Rémoubrsé à 65 %. Gratuit dans les CPEF, pour les mineures et les non-assurées sociales	Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Posé et retiré par un médecin. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
 <p>ANNEAU VAGINAL Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4^e semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. On est protégé même pendant la période d'arrêt. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines.</p>	Environ 16 €/mois. Non remboursé.	Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
 <p>DIU (DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN) Il en existe deux types : au cuivre ou à la progestérone. Le DIU (auparavant appelé « stérilet ») est placé dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme. La pose dure quelques minutes. Il peut être enlevé par le médecin ou la sage-femme dès que la femme le désire. Il peut être gardé de 3 à 8 ans, selon le modèle. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.</p>	DIU au cuivre : 50,50 €. DIU hormonal : 125,50 €. Rémoubrsé à 65 %. Gratuit dans les CPEF pour les mineures et pour les non-assurées sociales.	Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
 <p>DIAPHRAGME ET CAPE CERVICALE Le diaphragme est une coupelle en silicone que l'on place soi-même dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. La cape est un dôme très fin, en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. Le diaphragme ou la cape cervicale peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de le/la garder pendant 8 heures après le rapport. Il/elle est réutilisable.</p>	Diaphragme : environ 45 €. DIU hormonal : 125,50 €. Rémoubrsé sur la base de 3,14 €. Cape cervicale : environ 60 €. Non remboursée.	Prescrits par un médecin ou une sage-femme qui en détermine la taille et vous apprend à le/la poser. Délivrés sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être obtenu au planning familial.
 <p>SPERMICIDES Les spermicides se présentent sous forme de gel et d'ovule qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Une contraception utile de dépannage.</p>	Environ 7 à 19 € selon le type, pour plusieurs doses. Non remboursés.	Sans ordonnance en pharmacie.
 <p>PRÉSERVATIF MASCULIN En latex ou en polyuréthane, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer en retenant le préservatif à la base du pénis, puis faire un nœud et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Un gel lubrifiant peut être associé à l'utilisation du préservatif. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège également du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles.</p>	À partir de 20 cts le préservatif. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF et les centres de dépistage (centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).	Sans ordonnance en pharmacie, en grande surface, distributeurs automatiques.
 <p>PRÉSERVATIF FÉMININ Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et de la plupart des autres IST.</p>	Environ 8,70 € la boîte de 3 préservatifs. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF et les centres de dépistage (centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).	Sans ordonnance en pharmacie.
 <p>Il existe aussi plusieurs méthodes « naturelles » de contraception telles que le retrait ou l'abstinence périodique (méthodes Ogino, Billings et méthode des températures). Contraignantes et peu fiables, elles permettent surtout d'espacer les naissances et nécessitent un apprentissage.</p>		
 <p>Par ailleurs, des méthodes contraceptives chirurgicales peuvent être envisagées chez des personnes majeures, hommes ou femmes. Elles provoquent une stérilité considérée comme définitive. L'intervention doit résulter d'une décision personnelle. Elle se déroule dans un établissement de santé et n'est réalisée qu'après une première consultation médicale d'information et un délai de réflexion de 4 mois.</p>		

IV.4.4 Précisions lexicales : Immigré, migrant et population générale

Les termes immigrés et migrants sont souvent utilisés l'un pour l'autre, le premier répond à une définition précise de l'INED dans le contexte français tandis que migrants est plutôt un anglicisme qui peut évoquer des personnes ayant immigré mais aussi une population plus large incluant la descendance. Si le terme « migrant » désigne d'abord une personne qui vient d'arriver en France, il a ensuite été largement utilisé notamment par la communauté scientifique du VIH pour désigner toutes les personnes ayant migré, quelle que soit leur durée de séjour en France. De plus, ce terme a l'avantage de ne pas donner d'information sur le statut légal des personnes. Cependant, dans les toutes dernières années, avec les flux de migration des zones de guerre et des tensions économiques en Afrique, le terme de « migrants » tend à désigner des personnes arrivant en France sans visa comme réfugiés ou demandeurs d'asile après un parcours à haut risque et dans un grand dénuement à l'arrivée. Dans cette thèse, nous avons fait le choix d'utiliser préférentiellement le terme « d'immigrées » car nous nous intéressons à l'ensemble de la population immigrée, personnes installées de longue date, vivant régulièrement en France ou ayant acquis la nationalité française, personnes ayant des titres de séjour renouvelables chaque année ou personnes en situation d'irrégularité administrative.

Nous avons choisi d'utiliser préférentiellement le terme de « population générale » pour désigner la population française qui est comprise comme une représentation de l'ensemble de la population vivant en France, immigrés inclus, terminologie utilisée dans l'enquête nationale sur les pratiques contraceptives (*Fecond 2010*) qui nous a servi de référence. Le terme de population majoritaire, que nous utiliserons parfois, désigne l'ensemble des personnes, numériquement les plus nombreuses, qui résident en France métropolitaine et qui ne sont ni immigrées, ni natives d'un DOM, ni descendantes de personne(s) immigrée(s) ou native(s) d'un DOM ; ce terme a été celui utilisé dans l'enquête *Trajectoires et Origines (Téo)* à laquelle nous ferons régulièrement référence.

V. CHAPITRE 1. DES BESOINS EN CONTRACEPTION DIVERSIFIÉS SELON LES PROFILS MIGRATOIRES

Valorisations

Barbara Maraux et France Lert

Chapitre 14: La contraception chez les femmes immigrées d’Afrique subsaharienne en Île-de-France : une pratique généralisée comme dans la population générale, des méthodes différentes Ouvrage Parcours de vie et de santé des Africains immigrés en France, Éditions La Découverte 2017, Annabel Desgrées du Loû et France Lert

Poster

Colloque “Trajectoires migratoires et santé autour de la naissance, regards croisés sur les pratiques et la recherche” , Bruxelles 2-3 février 2017. « Vie reproductive et pratiques contraceptives des femmes immigrées originaires d’Afrique sub Saharienne en France » - Etude Parcours Barbara Maraux, Margot Annequin, France Lert, Annabel Desgrées du Loû

V. CHAPITRE 1. DES BESOINS EN CONTRACEPTION DIVERSIFIÉS SELON LES PROFILS MIGRATOIRES

V.1. Introduction

La migration est un événement important dans la trajectoire des individus qui intervient sur leur parcours fécond et qui transforme le contexte dans lequel naissent les enfants (Kulu, 2005).

Alors que les immigrés en France étaient principalement des hommes jusqu'à la fin du XXème siècle, ce sont aujourd'hui majoritairement des femmes (Beauchemin, 2013). Avec la crise économique qui a fait suite au choc pétrolier de 1973, la France a suspendu l'immigration de main d'œuvre provoquant une chute de l'immigration masculine. La reconnaissance du droit au regroupement familial (légalisé en 1974) a facilité dans le même temps l'arrivée des conjointes (le droit au regroupement familial s'est depuis complexifié).

Le principal motif de migration pour les femmes était en 2013 le regroupement familial, première raison d'obtention du titre de séjour (Brutel, 2014). Comme discuté dans l'introduction, les femmes immigrées venues se distinguent des femmes restées au pays car elles ont eu à âge égal moins d'enfants (Beauchemin, 2013). Après la migration, il y a un rattrapage du calendrier reproductif, avec une forte probabilité d'avoir un premier enfant au cours des deux années qui suivent l'arrivée. Les femmes immigrées, dont une majorité de leurs enfants sont nés en France, ont à la fin de leur vie féconde en France davantage d'enfants que la population générale française (Hamel *et al.*, 2012)(Toulemon, 2004). Différents facteurs influent sur la fécondité des immigrés, comme le niveau d'instruction, l'âge à la première union, l'origine du partenaire, la taille de la fratrie d'origine et la religiosité (Hamel *et al.*, 2012).

De plus en plus, les migrations provenant d'Afrique se féminisent, et pas uniquement en raison du regroupement familial puisque en 2008 les femmes d'Afrique guinéenne et centrale détiennent parmi l'ensemble des immigrés le record de migration « autonome », 55% des immigrées de cette région sont venues soit célibataires soit -pour une minorité- devant leur conjoint (Beauchemin, 2013).

Cette diversification des profils féminins à l'arrivée en France nous amène dans le cadre de notre travail de thèse à nous poser deux questions :

- 1) Est-ce que le motif de venue en France a un effet sur le délai entre l'arrivée et les naissances? Sur le nombre d'enfants qui naîtront en France ?
- 2) Est-ce que le motif de venue impacte le besoin contraceptif, et si oui, à quelle période par rapport à l'arrivée ?

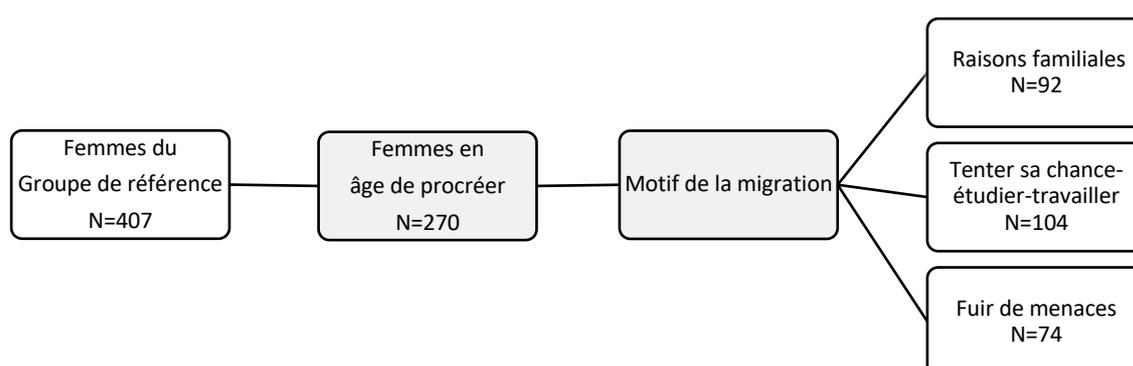
Pour répondre à la première question, nous étudierons dans ce chapitre le délai entre l'arrivée et les grossesses (menées ou non à terme) selon le motif de venue, en distinguant les femmes venues dans le cadre du regroupement familial des femmes venues pour étudier, tenter leur chance ou bien pour fuir de menaces. Dans le but de répondre à la deuxième question, nous étudierons l'évolution des situations reproductives (chercher une grossesse, absence d'activité sexuelle dans l'année et besoin de contraception) selon la durée du séjour et le motif de migration.

V.2. Matériel et méthodes

V.2.1 Données d'intérêt

Les données utilisées pour ces analyses sont celles de l'enquête *Parcours*, cette étude est décrite dans le chapitre Matériel. Parmi l'ensemble des personnes enquêtées dans *Parcours* dans le groupe de référence (N = 763), 407 étaient des femmes. Parmi ces femmes 270 étaient en âge de procréer (18-49 ans), arrivées en France après l'âge de 15 ans non ménopausées ni infertiles au temps de l'enquête. Elles constituent notre groupe d'étude pour ce chapitre.

Figure 7 . Diagramme des échantillons étudiés et des effectifs correspondants



V.2.2 Variables d'intérêt

a) Raison de la migration

L'immigration subsaharienne trouve son origine dans des pays aux contextes variés. D'un côté l'émigration des pays du Sahel constitue plutôt un flux de migration de travailleurs tandis que celle des pays d'Afrique centrale et du Golfe de Guinée est largement une migration d'exil et d'asile, ce qui explique une certaine hétérogénéité dans les motifs qui poussent à la migration. Parmi l'ensemble des femmes enquêtées dans le groupe de référence (âgées de 18 à 49ans) une majorité de femmes (près de la moitié) est venue dans le cadre du regroupement familial, les raisons économiques catégorisées sous le motif « tenter sa chance, trouver du travail » concernent 20% des immigrées. Une part non négligeable de femmes sont venues pour faire des études (13%) devancée par les femmes venues pour fuir de menaces dans leur pays (17%). Les raisons de santé restent pour les hommes comme pour les femmes très minoritaires.

Nous avons regroupé les motifs de la migration en trois grandes catégories: raisons familiales, tenter sa chance-étudier, et enfin un ensemble hétérogène incluant les personnes venues pour fuir des menaces au pays mais aussi pour des raisons médicales ou autres motifs. Nous utiliserons dans certains cas le terme de femmes venues de manière « autonome » en les distinguant des femmes venues pour raisons familiales.

b) Région d'origine

Les femmes immigrées proviennent de différentes régions d'Afrique, ainsi nous avons regroupé les personnes venues d'Afrique Centrale et d'Afrique de l'Est et les personnes originaires d'Afrique de l'Ouest qui sont ici majoritaires.

c) Nombre d'années passées en France

L'ancienneté du séjour a été étudiée de manière à mettre en avant le temps de l'installation dans les pratiques contraceptives, nous nous sommes basés sur les travaux publiés par Anne Gosselin. Le temps médian nécessaire aux femmes originaires d'Afrique subsaharienne pour s'installer en France, c'est à dire disposer à la fois d'un titre de séjour, d'un logement propre et de revenus, est estimé à six ans (Gosselin, 2016). Pour ce chapitre nous avons catégorisé le temps en quatre catégories : les femmes « arrivées récemment » soit depuis

moins de deux ans, celles arrivées depuis deux ans à strictement moins de six ans, celles arrivées depuis six ans à strictement moins de douze ans et celles arrivées depuis douze ans ou plus.

Encadré 1. Qu'est-ce que l'installation dans *Parcours*? (Gosselin, 2016)

L'installation est considérée de manière globale et définie comme le processus d'accès à trois ressources que sont le logement, les papiers et l'emploi.

Les trois indicateurs suivants ont été utilisés pour mesurer l'installation : *le temps mis pour accéder à un premier logement personnel* un logement où l'on ne dépend pas de la volonté d'un tiers (hébergement) ou des aléas des hébergements d'urgence. *Le temps mis pour accéder au premier titre de séjour d'au moins un an (ou carte de séjour temporaire)* et enfin *le temps pour exercer un premier emploi* déclaré ou on qui permet d'être indépendant financièrement

L'indicateur combiné d'installation correspond au temps nécessaire pour obtenir ces trois éléments.

d) Repères chronologiques de la vie sexuelle et reproductive, gestité et parité

L'âge à l'arrivée, au 1^{er} rapport sexuel, à la 1^{ère} grossesse ainsi que le nombre total d'enfants et le nombre d'enfants en France ont été utilisés comme repères chronologiques de la vie sexuelle et reproductive.

Le calendrier des naissances et des interruptions volontaires de grossesse après l'arrivée en France a pu être retracé grâce aux données biographiques de *Parcours*.

Encadré 2. Recueil de l'information sur le nombre de grossesses et le recours à l'IVG

Durant l'entretien d'enquête, les femmes ont été interrogées sur toutes les grossesses qu'elles avaient eues durant leur vie, conclues par des naissances, ou par des IVG. Pour chaque grossesse nous avons documenté l'année, si elle était désirée ou pas, et si elle avait donné lieu à une naissance vivante.

Pour chaque grossesse qui ne s'était pas terminée par une naissance, les questions suivantes ont été posées : *En quelle année la première grossesse de ce type a-t-elle eu lieu? Puis, s'agit-il d'un avortement provoqué (ivg), d'un avortement spontané (fausse couche) ou d'un enfant mort-né ?*

e) Variables génésiques

Les variables génésiques classiques que sont l'âge, le nombre d'enfants, le fait d'être en couple et le niveau d'éducation font partie ici des variables étudiées. La diversification des modalités de faire union en Europe et en Afrique nous a amené à définir le fait d'être en couple comme une relation datant d'au moins un an (Rault & Régnier-Loilier, 2015) que nous avons enrichi par le lieu de naissance du partenaire né ou non en Afrique.

f) Variables sociodémographiques

Devant les difficultés que traversent une part importante des personnes immigrées en terme d'accès au logement au moins dans les années qui suivent l'arrivée, et de l'insécurité que cela génère, nous avons intégré dans notre étude la variable « disposer d'un logement personnel » qui correspond au fait de disposer d'un logement où l'on ne dépend pas de la volonté d'un tiers ou des aléas des hébergements d'urgence quel que soit le statut d'occupation (propriétaire ou locataire).

Les immigrés sont majoritairement employés avec ou sans contrat dans des emplois peu qualifiés, avec des salaires faibles et des conditions de travail pénibles. Des plus ils sont souvent concentrés dans des ghettos d'emploi spécifiques à chaque sexe. Pour rendre compte de l'hétérogénéité de situations professionnelles il nous a semblé qu'appliquer des seuils correspondants à une distribution des professions et de l'indice ISEI (international socio-economic index) dans les pays du Nord n'était pas satisfaisant. Ainsi grâce au travail de Margot Annequin, toutes les activités professionnelles exercées par les individus ont été classées selon la nomenclature internationale CITP 2008. L'indice ISEI-08 donne ensuite une valeur à toutes les professions de la nomenclature CITP ce qui permet de les classer. Les professions ont été par la suite classées en trois niveaux : haut, intermédiaire et bas. Les étudiants, les inactifs et les personnes faisant des « petits jobs » font partie du niveau dit bas (Annequin, Gosselin & Dray-Spira, 2017).

Encadré 3. Indice ISEI et la catégorisation des professions (Annequin, Gosselin & Dray-Spira, 2017).

L'indice ISEI se présente sous une forme continue (de 10 à 90) et donne une valeur à toutes les professions de la nomenclature CIP 2008 (classification internationale des types de professions). Cet indice a été construit à partir des données de l'ISSP (international Social Survey Programme). Il a été calculé sur la base d'une hiérarchisation optimale des groupes de professions afin de maximiser l'effet indirect du niveau d'éducation sur les revenus par l'intermédiaire de la profession et de minimiser l'effet direct du niveau de formation sur les revenus ; abstraction faite de la profession. Dans l'enquête *Parcours*, chaque profession a été catégorisée en trois groupes de statuts socio-économiques. Les professions faiblement qualifiées, celles avec qualifications intermédiaires et enfin les professions élevées ou hautes.

g) Variables de santé et d'accès aux soins

En France, le principe d'universalité de la couverture maladie offre la possibilité à l'ensemble des personnes vivant sur le territoire d'accéder aux soins. Pour les personnes en situation irrégulière, l'AME (Aide Médicale Etat) permet d'accéder à cette couverture. Pourtant son obtention est souvent difficile et certaines personnes éligibles n'accèdent pas à ces aides. La méconnaissance des dispositifs, la non priorité des soins, la lourdeur des démarches et la rupture des droits en cas de changement de résidence peuvent expliquer que certaines personnes renoncent à en faire ou refaire la demande (André & Azzedine, 2016). De plus, l'AME et la CMU sont le premier motif évoqué dans le refus de soins, refus qui reste minoritaire mais illégal : 6% des hommes et des femmes rapportent s'être vu refuser des soins dont 44 et 35% respectivement pour motif d'AME ou CMU (Vignier & Dray-Spira, 2017). Les données de *Parcours* ont permis de démontrer que chez les immigrés d'Afrique subsaharienne le principal déterminant des ruptures de la couverture maladie (principalement l'AME) était l'absence de titre de séjour, notamment dans les périodes de renouvellement pour les titres de courte durée (Vignier & Dray-Spira, 2017). Nous avons par conséquent opté pour séparer les protections sociales selon leur caractère *a priori* pérenne ou du moins plus susceptibles de l'être. Ainsi nous avons regroupé les individus disposant de l'assurance maladie ou de la CMU des femmes couvertes par l'AME ou

n'ayant aucune couverture. Le remboursement des méthodes contraceptives n'est que partiel c'est pourquoi nous avons intégré l'étude de la couverture médicale. En population générale, ne pas disposer d'une complémentaire santé expose à la sous-consommation de soins ou au renoncement aux soins (Jusot, 2014). Une description des différents dispositifs de prise en charge sociale des soins existants en France entre 2011 et 2013, de leurs conditions d'obtention et de leur durée est faite dans le tableau 1.

Afin de documenter l'accessibilité à la médecine de ville nous avons pris en compte le fait d'avoir un médecin traitant attiré, à qui revient une part importante de la prescription de la contraception de ville. Nous ne disposons pas d'informations relatives à l'accès aux gynécologues.

V.2.3 Analyses

La comparaison des distributions selon les variables étudiées s'est faite grâce à des tests de Chi2. L'étude des calendriers des enfants après l'arrivée en France, comme celui des IVG a été réalisé grâce à des courbes de survie de Kaplan Meier.

Toutes les analyses ont été effectuées sous Stata12® (Stata Corporation, College Station, TX) et ont pris en compte le plan de sondage et la pondération afin que les estimations soient représentatives de l'ensemble de la population étudiée.

Tableau 1. Description des différents dispositifs de prise en charge sociale des soins existants en France entre 2011 et 2013, de leurs conditions d'obtention et de leur durée

Couverture maladie de base		
Nom	Conditions	Durée
Assurance maladie	Vivre en France de manière stable régulière et travailler, étudier, être au chômage ou être ayant droit d'une personne assurée	Droits ouverts de façon continue
Couverture maladie universelle (CMU)	Vivre en France de manière stable régulière et ne pas pouvoir prétendre à l'assurance maladie et concerne tous les membres d'un même foyer	Un an, reste valable même en cas de changement de situation (emploi, déménagement..)
Aide médicale d'Etat (AME)	Être étranger en situation irrégulière, vivre en France de manière stable depuis plus de 3 mois et avoir de faibles ressources	Un an, ne peut être prolongée si le demandeur change de statut (résidence, revenus.

Couverture maladie complémentaire		
	Nom	Conditions
Assurance maladie hors CMU	Assurances privées, mutuelles et instituts de prévoyant	Volontaire et payante
Couverture maladie universelle (CMU) et AME	CMU-c (complémentaire)	Gratuite sous conditions de ressources (avoir des revenus annuels inférieurs à un plafond déterminé

V.3. Résultats

Sur un total de 407 femmes interrogées dans *Parcours* dans le groupe de référence, 270 femmes sont âgées de 18 à 49 ans et ne sont ni ménopausées ni infertiles.

Au moment de l'enquête, ces femmes ont 36 ans d'âge médian [IIQ 29.2-43.6] et une ancienneté médiane de migration de huit à neuf ans, durée qui varie selon les raisons de la migration. Les femmes venues pour des raisons familiales ont l'ancienneté la plus longue, 12 ans en médiane, alors que les femmes fuyant de menaces ne sont en France que depuis quatre ans en médiane, les femmes venues de façon autonome se situent en position intermédiaire avec une ancienneté de séjour de 8.2 ans. Parmi les femmes en France arrivées après 2005, 30.6% sont venues pour raisons familiales, 29.3% pour tenter leur chance ou étudier et 40.4% pour fuir de menaces. Les femmes arrivées avant 2005 sont plus nombreuses à évoquer le regroupement familial comme principal motif d'émigration (44.1%) tandis que 15.7% ont quitté leur pays pour fuir de menaces ($p=0.002$). L'âge d'arrivée diffère selon le motif de venue avec pour les femmes venues rejoindre leur famille un âge à l'arrivée de 24.8 ans contre 30.2 ans pour les femmes venues pour fuir de menaces (ces différences sont à la limite de la significativité avec $p=0.09$).

L'âge à l'entrée dans la sexualité (18.2 ans en médiane) et l'âge à la première grossesse (23.2 ans en médiane) ne diffèrent pas selon le motif de la venue en France, mais au cours du parcours migratoire, la vie sexuelle et la naissance des enfants se produisent selon des chronologies différentes. Les femmes venues en raison de menaces étaient plus souvent déjà mères à l'arrivée, et sont celles qui ont le moins d'enfants après leur arrivée. Celles venues rejoindre leur famille avaient moins d'enfants avant d'émigrer, et ont la fécondité la plus élevée au moment de l'enquête avec une médiane de 2.8 enfants par femmes. En position intermédiaire, se trouvent les femmes venues tenter leur chance, travailler ou étudier, majoritairement sans enfant à leur arrivée, elles n'ont eu qu'un seul enfant en France au temps de l'enquête, marque d'une mise à distance de la norme procréative qui pourrait être en lien avec une plus grande fréquence de la mixité des couples (tableau 2). Sept femmes sur dix sont dans une relation de couple, dont plus de la moitié avec des conjoints ou partenaires originaire d'Afrique subsaharienne. Les profils varient selon les raisons de la migration avec plus de femmes en relation de couple parmi les femmes venues pour raisons

familiales et moins de conjoints immigrés d'Afrique subsaharienne parmi les femmes venues de façon autonome.

Tableau 2. Principaux repères chronologiques de la vie reproductive selon les raisons de la venue en France parmi les femmes en âge de procréer non infectées par le VIH ni l'Hépatite B. (N=270)

	Raisons familiales (N=92)	Tenter sa chance-étudier-travailler (N=104)	Fuir des menaces (N=74)	<i>p</i> ^a	Total (N=270)
	médiane [25%-75%]	médiane [25%-75%]	médiane [25%-75%]		médiane [25%-75%]
Âge à l'arrivée (années)	24.8 [20.2-29.3]	25.6 [21.4-28.3]	30.2 [25.2-35.7]	n.s	27.4 [22.1-32.6]
Âge à l'enquête (années)	37.2 [30.8-44.7]	34.3 [29.1-40.2]	35.8 [30.3-43.4]	n.s	35.9 [29.2-43.6]
Age au 1er rapport sexuel (années)	18.1 [16.5-20.4]	18.3 [16.3-20.3]	18.1 [16.4-20.1]	n.s	18.2 [16.3-20.4]
Age à la 1ère grossesse (années)	22.7 [19.2-25.9]	23.8 [20.7-27.3]	23.1 [18.5-27.4]	n.s	23.2 [19.4-27.1]
Nb d'enfants à l'arrivée en France	0.6 [0-1]	0.7 [0-1]	1.3 [0-2]	*	0.8 [0-1]
Nb d'enfants en France	1.8 [1-3]	1.1 [0-2]	0.5 [0-1]	***	1.2 [0-2]
Nb d'enfants à l'enquête	2.8 [1.5-4]	1.9 [1-3]	1.8 [0-3]	***	2.2 [1-3]
Durée du séjour (années)	12.2 [4.5-18.5]	8.2 [2.2-12.3]	4.4 [1.4-8.2]	***	8.5 [2.3-12.6]
<i>Délai entre l'arrivée en France et</i>					
Naissance du 1er enfant en France (années)	2 [1-4]	5 [2-8]	6 [3-.]	***	3 [1-8]
Naissance du 2ème enfant en France (années)	6 [3-8]	11 [6-11]	.	***	9 [4-15]
Recours à l'IVG en France (années)	8 [5-9]	4 [2-5]	.	***	5 [2-7]

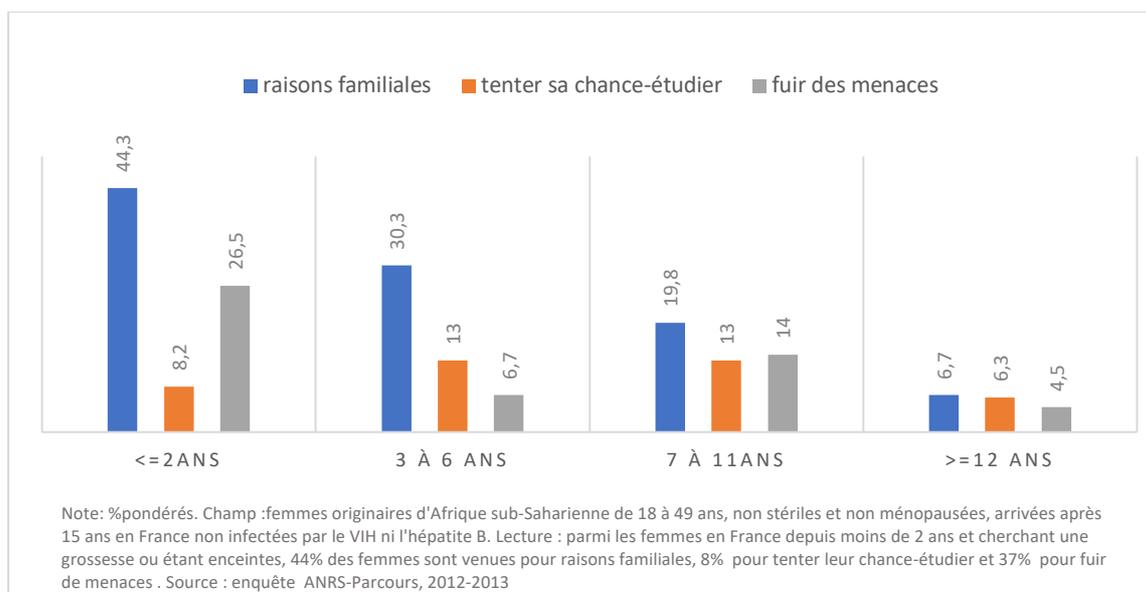
Note: ^a *p*-valeur du test de Wilcoxon-Mann-Whitney ; n.s : non significatif, * *p*<0.05, ** *p*<0.01 ; *** *p*<0,001 ; médiane [25%-75%] : intervalle interquartile ; IVG: interruption volontaire de grossesse. *Champ* : femmes originaires d'Afrique sub-Saharienne de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, arrivées après 15 ans en France. Parmi les 407 femmes du groupe de référence, 270 femmes sont incluses dans l'étude des pratiques contraceptives.

Lecture : la moitié des femmes arrivées pour raisons familiales ont eu leur premier rapport avant 18 ans. *Légende* : Les délais à la naissance du 1er et du 2ème enfant et le délai au 1er IVG ont été obtenus grâce à des courbes de survie de Kaplan Meier. *Source* : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

V.3.1 Calendrier des naissances

Les femmes venues pour des raisons familiales sont nombreuses à rechercher une grossesse dans les premières années qui suivent leur arrivée, situation plus marginale pour les femmes venues tenter leur chance-étudier (figure 8).

Figure 8. Être enceinte ou rechercher une grossesse selon la raison de la migration et son ancienneté (N=270, %)



Le calendrier des naissances semble fortement influencé par le contexte migratoire associant motif de venue et durée. Les femmes venues pour raisons familiales ont un premier enfant en France la deuxième année suivant leur venue, cette première naissance survient la 5^{ème} année pour les femmes venues travailler-étudier et la 6^{ème} année pour les femmes venues car menacées (figure 9). L'espace de la naissance suivante qui renvoie au besoin de contraception est aussi plus court pour les femmes venues pour rejoindre un conjoint (quatre ans), que pour les autres (sept ans) (figure 10). Quant au recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) depuis l'arrivée, il se produit plutôt avant la première naissance en France pour les femmes venues travailler ou étudier que pour celles venues en contexte familial. Quand celles-ci recourent à l'IVG c'est en général après la naissance de plusieurs enfants (8 ans en médiane après l'immigration) (tableau 1).

Figure 9. Délai entre l'arrivée en France et la naissance du 1er enfant selon la raison de la migration (N=270)

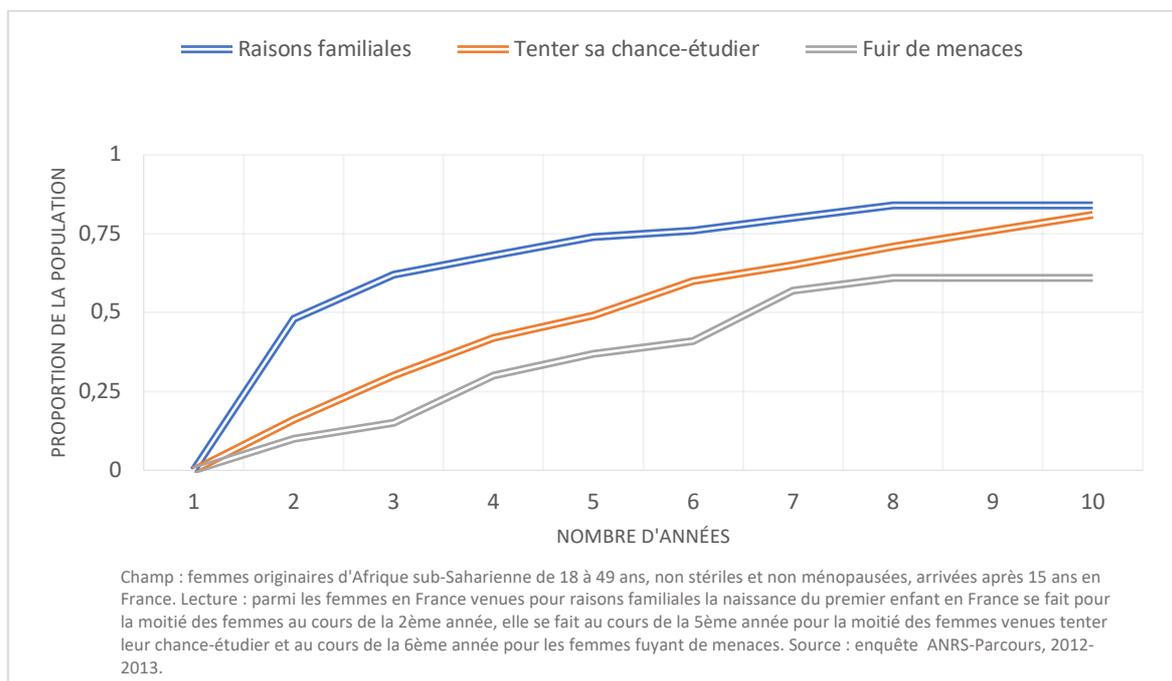
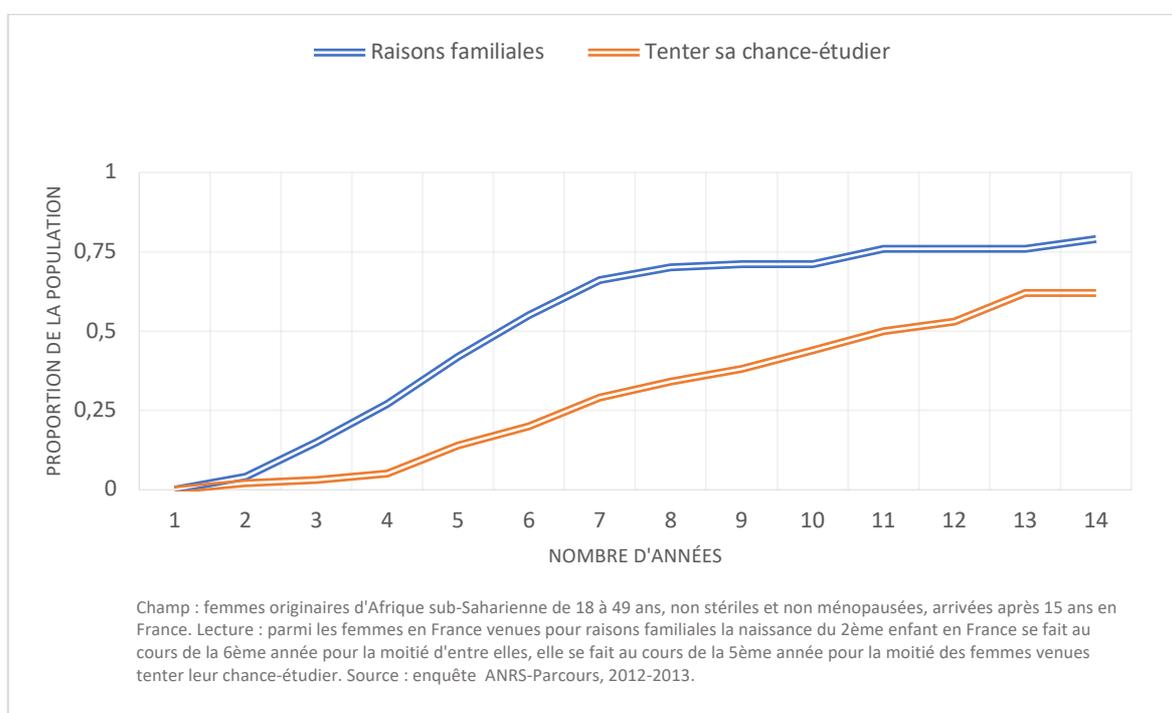


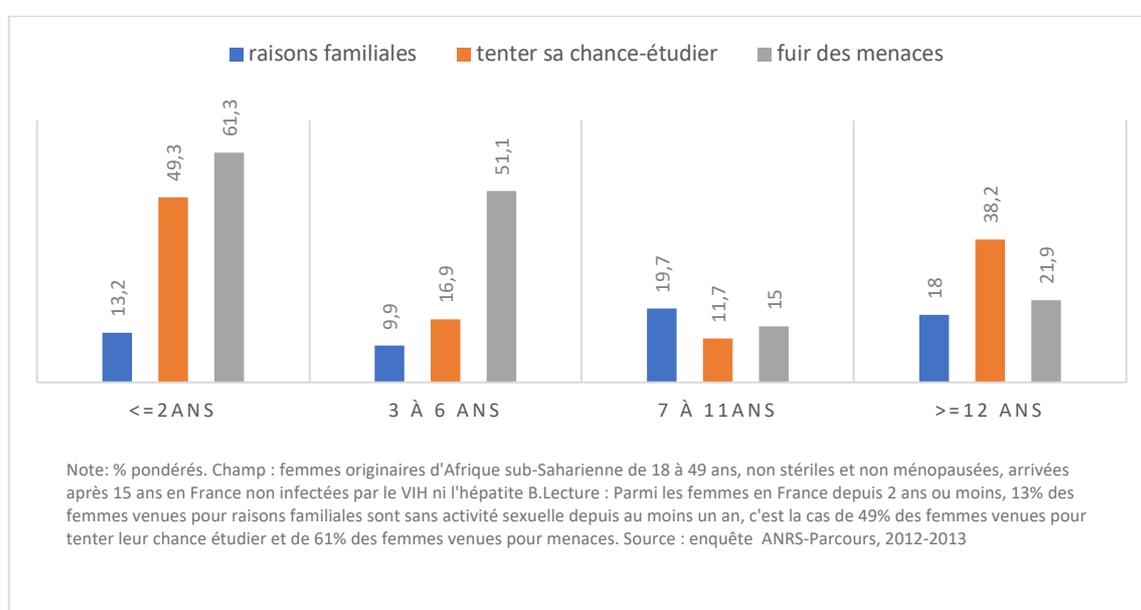
Figure 10. Délai entre l'arrivée en France et la naissance du 2ème enfant selon la raison de la migration (N=270)



V.3.2 Absence d'activité sexuelle

Dans les deux premières années de leur immigration, près de la moitié des femmes sont sans activité sexuelle, un autre quart sont enceintes ou cherchent à l'être, et le quart restant sont sexuellement actives et sans recherche de procréation, et donc répondent à la définition du besoin de contraception. Ces proportions varient selon les raisons de la migration : les femmes arrivées pour tenter leur chance ou travailler, sont près de la moitié à ne pas avoir de relations sexuelles dans les deux premières années de leur venue, c'est encore plus fréquent chez les femmes qui ont fui des menaces (61%) (Figure 11).

Figure 11. Absence de relations sexuelles pendant au moins 12 mois selon la raison de la migration et son ancienneté (N=270,%)



Avec le temps, les profils selon les motifs d'arrivée se rapprochent avec des proportions similaires de femmes en besoin de contraception bien qu'un peu plus lentement pour les femmes ayant fui des menaces ; l'inactivité sexuelle augmente à nouveau avec l'âge et donc la durée de présence en France (Figure 11 et 12).

Le besoin de contraception augmente fortement après les toutes premières années avec le début ou la reprise de l'activité sexuelle, la construction des unions, puis plus tard lorsque les femmes ont atteint le nombre d'enfants qu'elles souhaitent (Figure 12). Le tableau 3 présente les différentes caractéristiques génésiques, sociodémographiques et d'histoire migratoire des femmes en âge de procréer du groupe de référence selon leur situation reproductive au moment de l'enquête. Dans ce contexte de migration, les femmes qui n'ont

pas eu d'activité sexuelle dans l'année sont les plus âgées de l'ensemble des femmes en âge de procréer, elles sont principalement venues pour fuir de menaces et sont trois fois sur quatre sans partenaire stable. Les femmes qui cherchent une grossesse ou qui sont enceintes au moment de l'enquête sont les plus jeunes (33.3 âge médian) et celles qui ont le moins d'enfant (1.4 enfant/femme) comparées à l'ensemble des femmes en âge de procréer. Elles sont principalement venues pour raisons familiales et elles ont une durée d'ancienneté plus courte que les autres femmes, de 5.4 années en médiane. Dans ce contexte de migration, les femmes en besoin de contraception se distinguent des autres femmes (femmes enceintes ou en inactivité sexuelle) sur plusieurs points. D'une part, elles ont une durée de séjour significativement plus longue que les autres femmes de 10.5 années en médiane contre 5.4 ans pour les femmes enceintes ou à la recherche d'une grossesse. Elles ont plus d'enfants (2.6 en médiane) et plus d'enfants nés en France. Par rapport aux autres femmes, elles sont significativement plus nombreuses à avoir un logement propre et leur couverture sociale est davantage pérenne (CMU ou Sécurité sociale), à être couvertes par une mutuelle et à avoir déclaré un médecin traitant.

Figure 12. Situation sexuelle et reproductive selon la durée de séjour (N=270, %)

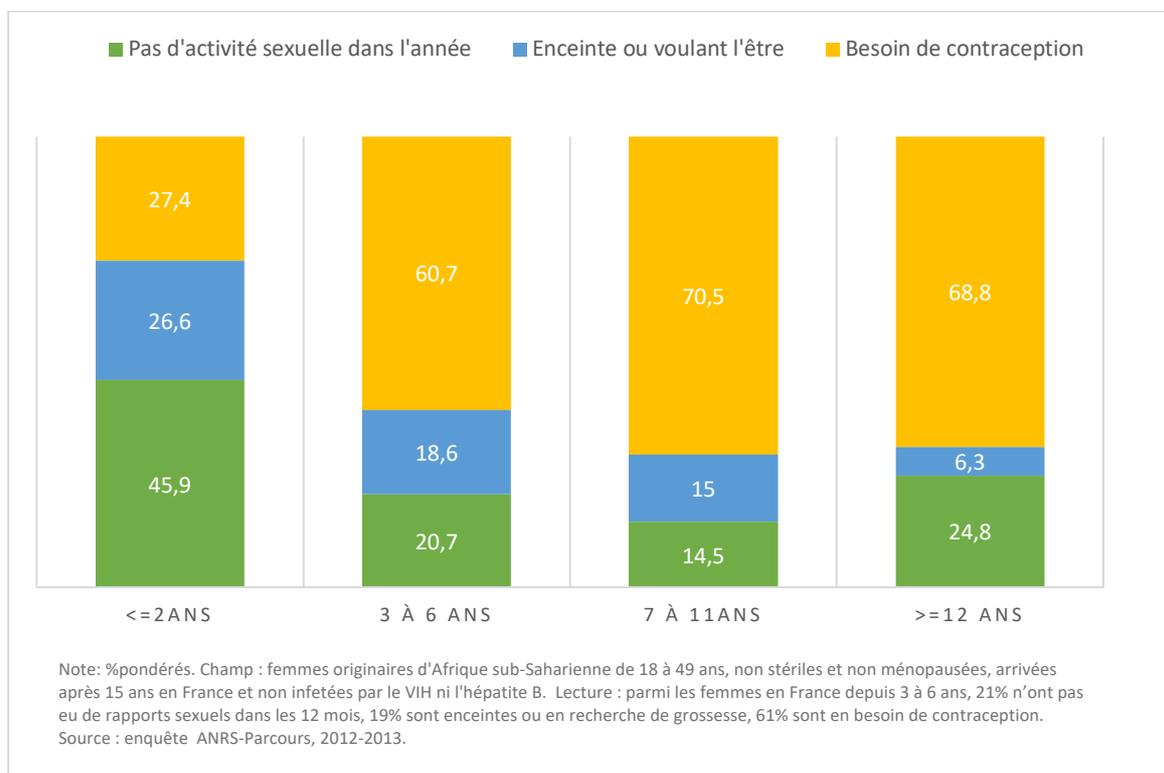


Tableau 3. Description des femmes en âge de procréer non infectées par le VIH ni l'Hépatite B, selon leur situation sexuelle et reproductive au moment de l'enquête. Enquête ANRS-Parcours, 2012-2013

	Pas d'activité sexuelle dans l'année (N=83) % ^a	Grossesse recherchée ou en cours (N=52) %	Besoin de contraception (N=135) %	P ^b	Total (N=270) %
<u>Facteurs génésiques</u>					
Age à l'enquête					
Age médian [25%-75%]	37.4[31-45]	33.3[28.5-40]	36.0[29-43]	*	35.9[29-43]
Nb d'enfants médian à l'enquête [25%-75%]	1.9[0-3]	1.4[0-2.5]	2.6[2-3]	***	2.20[1-3]
Nb d'enfants médian à l'arrivée [25%-75%]	1.3[0-2]	0.65[0-1]	0.7[0-1]	***	0.9[0-1]
Nb d'enfants médian nés en France	0.68[0-1]	0.73[0-1]	1.83[1-3]	***	1.3[0-2]
Vie reproductive en France					
Pas de grossesse	58.4%	61.8%	17.5%	***	35.5%
Au moins une naissance	24.8%	28.7%	66.7%		49.4%
Au moins une IVG	16.9%	9.4%	15.8%		15.1%
<u>Variables relatives à la migration</u>					
Durée de séjour médiane en France[25%-75%]	7.2[1-12]	5.4[1-9]	10.5[4-14]	***	8.5[2-12]
Age médian à l'arrivée [25%-75%]	30.2[24-36]	27.8[22.5-33]	25.5[20-30]	***	27.4[22-32]
Région d'origine					
Afrique Centrale/Est	46.6%	50.2%	45.9%	n.s	46.7%
Afrique Ouest	53.4%	49.8%	54.1%		53.3%
Motifs de venue en France					
Rejoindre sa famille	23.1%	47.5%	44.0%	*	38.9%
Tenter sa chance-étudier	36.2%	23.3%	39.2%		35.9%
Menaces	40.7%	29.2%	16.7%		25.2%
<u>Variables sociodémographiques</u>					
Niveau d'étude					
Supérieur	12.0%	41.9%	25.5%	n.s	24.4%
Statut socio professionnel					
Intermédiaire ou haut vs bas	16.6%	11.9%	24.1%		20.2%
En couple, relation longue					
Non	75.2%	16.6%	8.9%	***	28.2%
Oui avec partenaire Africain	21.3%	68.7%	76.6%		60.3%
Oui avec partenaire non Africain	3.5%	14.7%	14.4%		11.5%
Avoir son logement à soi					
Oui vs Non	39.2%	65.1%	75.7%	***	64.1%
Langue parlée à la maison					
Français vs Autre	39.4%	36.3%	53.3%	n.s	46.9%
Pratique religieuse régulière					
Oui vs Non	78.6%	72.9%	74.3%	n.s	75.3%
<u>Santé et accès aux soins</u>					
Couverture maladie					
AME-aucune	24.0%	24.5%	7.6%	*	14.6%
Sécurité sociale-CMU	76.0%	75.5%	92.4%		85.4%
Mutuelle					
Oui vs Non	29.3%	43.9%	58.3%	**	48.2%
Médecin traitant déclaré					
Oui vs.Non	70.5%	73.8%	90.1%	**	82.3%
Grossesse au cours des 2 dernières années					
Oui vs non	12.0%	11.0%	36.0%	*	26.0%

Note: ^a pourcentage pondéré en colonne ; ^b p-valeur test de Chi-2 pour les comparaisons de proportions et test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour les comparaisons de médianes ; n.s : non significatif, * p<0.05, ** p<0.01 ; *** p<0,001 ; AME: Aide médicale d'état ; CMU: couverture maladie universelle. *Champ* : femmes originaires d'Afrique sub-Saharienne de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, arrivées après 15 ans en France. Parmi les 407 femmes du groupe de référence, 270 femmes sont incluses dans l'étude des pratiques contraceptives. *Lecture* : parmi les femmes inactives sexuellement 75% n'a pas de relation longue en cours, 21% est en relation longue avec un partenaire originaire d'Afrique et 4% avec un partenaire non africain.

V.4. Discussion

La première partie de notre travail montre que l'effet du «rattrapage du calendrier familial» (Toulemon, 2004), c'est à dire la forte probabilité de donner naissance à un enfant en France dans les deux années qui suivent l'arrivée, est retrouvée pour les femmes venues dans le cadre du regroupement familial puisque la naissance du 1^{er} enfant en France se fait rapidement après l'arrivée pour les femmes venues rejoindre de la famille. Cette réalité est à nuancer pour les femmes venues de manière autonome, chez qui il faudra attendre entre cinq et six ans en médiane pour une première naissance. On rappelle que les femmes venues tenter leur chance ou étudier ou pour fuir des menaces sont (pour une majorité) sans activité sexuelle dans les premières années qui suivent leur arrivée. Il faut rappeler aussi que les femmes menacées sont souvent déjà mères à leur arrivée. Les femmes de notre étude sont toutes arrivées après l'âge de 15 ans, si bien que de délai n'est pas lié au fait d'être arrivée enfant.

Le motif de venue est aussi associé au type d'union qui se construit après l'arrivée, ainsi les femmes venues de façon dite autonome sont moins souvent en couple avec des hommes venant eux aussi d'Afrique subsaharienne. Cette particularité des femmes arrivées hors du cadre du regroupement familial était déjà mise en évidence dans l'enquête *TéO* qui observait que parmi l'ensemble des immigrés d'Afrique subsaharienne en couple, la moitié ou plus avaient un conjoint africain généralement rencontré avant la migration et que les femmes arrivées célibataires se mettaient en couple avec un temps de retard, et plus souvent avec un partenaire non africain (Hamel *et al.*, 2012).

Peu de recherches se sont intéressées aux trajectoires affectives et sexuelles des personnes migrantes, bien que le champ de la sexualité constitue une sphère importante de la vie des individus. En France, les enquêtes sur les migrants sont récentes, et la sexualité n'y constitue pas un enjeu central. De fait, l'enquête sur les migrants et leurs descendants, *TéO*, ne comporte pas de question sur la sexualité. L'enquête *KABP migrants* -connaissances, attitudes, croyances et comportements, INPES 2005- a été la première à s'intéresser des près à la sexualité des Africains en Ile de France et nous apprend que parmi les personnes ayant déjà eu des rapports sexuels, 10% n'avaient pas eu de rapport sexuel dans l'année, dont 18% pour la tranche d'âge des femmes de 40-49ans (Lydié *et al.*, 2007). En population générale, les périodes sans activité sexuelle ne sont pas exceptionnelles, puisque 12,8% des femmes

n'avaient pas eu de rapport sexuel dans l'année selon l'enquête « Contexte sexualité en France" de 2006 (Bajos & Bozon, 2008).

Dans ce contexte de migration, *Parcours* vient apporter des précisions sur les taux d'inactivité sexuelle selon l'ancienneté sur séjour, puisque parmi les femmes arrivées depuis moins de deux ans, la moitié n'a pas eu de relation sexuelle dans l'année. Cette situation concerne principalement les femmes venues en dehors du cadre du regroupement familial, dont plus de la moitié ne déclare aucun partenaire durant cette période. Toutefois trois ans après la migration, avec la construction d'un réseau social, plus de la moitié des femmes ont contracté une union et neuf ans après, 90% des femmes seront en couple (Le Guen *et al.*, 2017).

Il est possible que, comme en population générale, ce soit au moment des changements de situation affective et sexuelle, dans des contextes de non-reconnaissance sociale de la sexualité, que les grossesses non désirées (issues ou non d'échecs contraceptifs) soient plus fréquentes (Bajos & Bozon, 2008). Dans *Parcours*, une grossesse sur cinq est interrompue lorsque la grossesse survient en dehors d'une union stable exclusive (Pilecco & Guillaume, 2017). Cela peut expliquer que pour les femmes venues de manière autonome, le recours à l'IVG précède la naissance du premier enfant en France et arrive probablement au moment de la reprise sexuelle et avant la mise en couple.

Pour les femmes venues pour raisons familiales l'IVG intervient plus tard, elle a lieu en médiane la 8^{ème} année soit après la naissance du 2^{ème} voir 3^{ème} enfant soit plus comme un moyen de limiter la descendance une fois le nombre d'enfants désirés.

Cet impact du motif de migration sur les situations reproductives est particulièrement fort au cours de premières années suivant l'arrivée avec le début ou la reprise de l'activité sexuelle, l'arrivée des enfants, la construction des unions puis plus tard lorsque les femmes ont atteint le nombre d'enfants qu'elles souhaitent. Indépendamment de l'ancienneté du séjour il y a parmi les immigrées originaires d'Afrique subsaharienne des femmes qui ont besoin de contraception, cependant cette proportion augmente avec le temps passé en France. De telle sorte que les femmes en besoin de contraception se distinguent de l'ensemble des femmes en âge de procréer par une ancienneté de séjour plus longue, une maternité plus fréquente en France et ont des meilleures conditions de vie et d'accès aux soins.

Toutefois, nos données correspondent à une photographie au temps « t » de l'enquête des femmes en âge de procréer. Même si elles ont l'avantage de prendre en compte à la fois l'ancienneté de séjour et le motif de la migration, ce ne sont pas des données longitudinales, et elles ne prennent pas en compte la variation des motifs de migration dans le temps. Si la féminisation des migrations dans le monde n'est pas une nouvelle tendance (Donato *et al.*, 2011), nos données confirment une augmentation de la proportion de femmes venues en dehors du cadre du regroupement familial et arrivant le plus souvent célibataires. Parmi les femmes arrivées en France au cours des six années précédant l'enquête soit entre 2006 et 2012, 40,4% des femmes étaient venues pour fuir de menaces alors que ce motif était évoqué par seulement 15,7% des femmes arrivées avant 2006.

Cette diversification des profils dans les flux migratoires est attestée dans la littérature (Piper, 2005; Beauchemin, 2013) puisque les femmes arrivent en France plus nombreuses qu'avant, et de plus en plus, souvent seules (Beauchemin, 2013).

Il est par ailleurs possible que les femmes venues pour des menaces il y a dix ans ne ressemblent pas aux femmes venues pour des menaces au cours des dernières années, si bien que l'étude de la diversification des profils migratoires devrait aussi prendre en compte l'hétérogénéité des populations selon la période de migration. Ce travail n'a malheureusement pas abouti à des résultats fiables dans nos échantillons par manque de puissance.

Bien qu'on ne puisse pas généraliser nos résultats aux futures générations d'immigrées, notre étude montre que l'arrivée est une période propice à la prévention contraceptive, en ce sens qu'elle apparaît comme une fenêtre de temps de calme contraceptif, qui précède la reprise d'une vie sexuelle ou bien l'espacement des naissances. Le besoin de contraception augmentera rapidement dans les années qui suivent, pour être au cœur des besoins reproductifs.

Nous allons nous intéresser dans le chapitre suivant à la nature de ces besoins contraceptifs, et la manière dont ils sont couverts.

CHAPITRE 2. PRATIQUES CONTRACEPTIVES DES FEMMES ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE EN FRANCE : UNE UTILISATION GENERALISEE DE LA CONTRACEPTION MEDICALE COMME EN POPULATION GENERALE, MAIS DES METHODES DIFFERENTES

Valorisations

Maraux B, Annequin M, Lert F, Desgrées-du-Loû A, and the Parcours Group Study

Widespread use of contraception in Sub-Saharan African women living in France is similar to the general population but different contraceptive methods are used: Results of the “Parcours study” conducted in 2012-2013 in the greater Paris metropolitan area. Soumis

Barbara Maraux et France Lert

Chapitre 14: La contraception chez les femmes immigrées d’Afrique subsaharienne en Île-de-France : une pratique généralisée comme dans la population générale, des méthodes différentes Ouvrage Parcours de vie et de santé des Africains immigrés en France, Éditions La Découverte 2017, Annabel Desgrées-du-Lôu et France Lert

Communications orales dans des colloques

Atelier Santé et Migration : Santé sexuelle, reproductive et périnatale CEPED nov 2016

Maraux B Pratiques contraceptives des femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne – Résultats de l’enquête ANRS-Parcours.

Colloque Genre et Contraception : quelles (r)évolutions ? en partenariat avec l’INED décembre 2017 à Sciences Po Paris Maraux B Pratiques contraceptives des femmes immigrées originaires d’Afrique subsaharienne en France -

Poster

Colloque “Trajectoires migratoires et santé autour de la naissance, regards croisés sur les pratiques et la recherche” , Bruxelles 2-3 février 2017

Vie reproductive et pratiques contraceptives des femmes immigrées originaires d'Afrique sub Saharienne (AsS) en France - Etude Parcours

Barbara Maraux, Margot Annequin, France Lert, Annabel Desgrées du Loû

VI. CHAPITRE 2. PRATIQUES CONTRACEPTIVES DES FEMMES ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE EN FRANCE : UNE UTILISATION GENERALISEE DE LA CONTRACEPTION MEDICALE COMME EN POPULATION GENERALE, MAIS DES METHODES DIFFERENTES

VI.1. Introduction

Les femmes originaires d'Afrique subsaharienne immigrant en France passent de régions dont l'offre de contraception est limitée, malgré une forte hétérogénéité entre pays, à un pays où la contraception est largement acceptée et utilisée.

L'étude des pratiques contraceptives en Afrique montre que les mouvements de migrations, quelle que soit leur direction (ville-ville, zone rurale-ville ou ville-zone rurale) augmentent l'utilisation de la contraception moderne laissant penser que la migration en soi constitue un moteur contraceptif (Ochako *et al.*, 2016). Les résultats en termes de contraception de enquête nationale *Téo* vont dans ce sens puisqu'ils ont permis de montrer que l'utilisation de la contraception concerne une majorité des femmes immigrées (70% des femmes toutes origines confondues), alors que la plupart des femmes provenaient de pays où la contraception était moins diffusée qu'en France (Maghreb, Turquie, Afrique subsaharienne, entre autres). Dans le même temps ces résultats signalent que les femmes immigrées sont moins susceptibles d'utiliser la contraception que les femmes de la population majoritaire avec comme principale explication un statut socioéconomique moins favorable (Poncet *et al.*, 2013). Des données récentes viennent pointer un déficit de contraception chez les immigrées et les personnes en situation irrégulière, surtout dans des contextes de grande précarité. D'après l'enquête *Enfams* menée en région parisienne et composée principalement de familles de migrants originaires d'Afrique subsaharienne (90%), seulement 44.7% des femmes en besoin de contraception en utilisent une (Observatoire du Samu Social, 2013). Cette prévalence contraceptive insuffisante est également retrouvée dans d'autres pays européens puisque des études montrent que les femmes en situation irrégulière reportent une utilisation de la contraception plus défavorable que la population majoritaire aux Pays Bas (Schoevers, van den Muijsenbergh & Lagro-Janssen, 2010), en Espagne (42% des immigrées en âge de procréer n'utilisaient aucune méthode contraceptive)(Sanjuán Domingo *et al.*, 2012) mais aussi en Suisse où près d'une femme sur deux en situation irrégulière n'utilisait pas de contraception au moment de la survenue d'une grossesse non désirée (Wolff *et al.*, 2008).

Qu'en est-il de la situation contraceptive des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en particulier, cette situation est-elle comparable entre les femmes arrivées récemment et les femmes déjà installées ?

L'enquête *Parcours*, menée auprès d'un échantillon représentatif de la population immigrée d'Afrique subsaharienne en Ile de France dont des femmes déjà installées en France depuis plusieurs années nous permet d'étudier les pratiques contraceptives dans cette population dans son ensemble en intégrant aux facteurs classiques associés à la contraception, les caractéristiques de l'histoire migratoire.

Nous avons vu dans le chapitre précédent la manière dont les besoins contraceptifs augmentaient avec l'ancienneté du séjour en France. Dans ce chapitre nous montrerons de quelle manière l'élargissement de l'offre contraceptive s'inscrit dans ces processus d'adaptation de la vie reproductive après la migration.

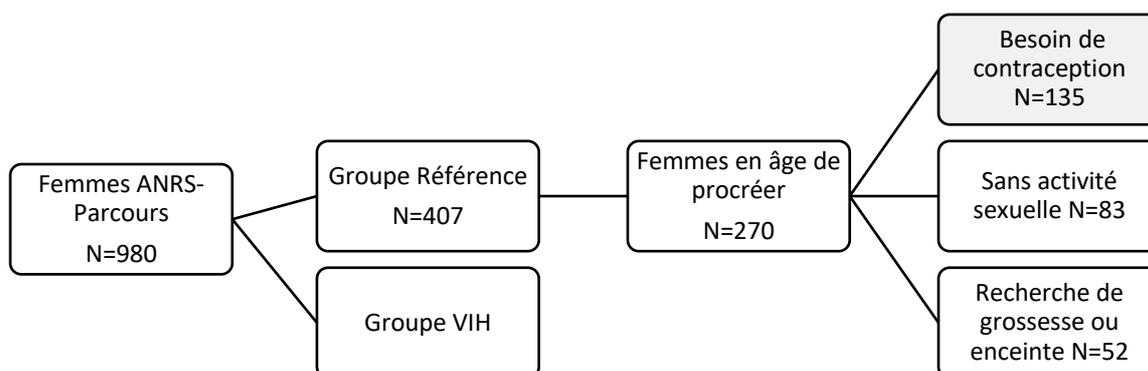
VI.2. Méthodes

VI.2.1 Données d'intérêt

Les données utilisées pour ces analyses sont celles de l'enquête *Parcours*. Cette étude est décrite dans le chapitre Matériel.

Nous nous sommes intéressées ici à l'ensemble des femmes âgées de 18-49 ans ayant déclaré utiliser un moyen de contraception soit un total de 135 femmes ce qui correspond à la moitié des femmes non ménopausées et fertiles de cette tranche d'âge (N=270).

Figure 13 Diagramme des échantillons étudiés et des effectifs correspondants



Le recueil des méthodes utilisées s'est fait grâce à la *question standard* décrite dans la partie « Méthodes ».

Nous avons fait des descriptions de la fréquence d'utilisation de chaque méthode, à l'exception de la stérilisation contraceptive dont l'usage était très minoritaire. Nous avons également étudié les modalités contraceptives par familles : contraception médicale, méthodes de longue durée d'action (DIU + implant), préservatif, contraception naturelle ou aucune contraception.

VI.2.2 Variables d'intérêt

Les questions portant sur les caractéristiques sociales et démographiques, de santé et d'histoire migratoire et reproductive présentaient un taux de non-réponse faible, généralement inférieur à 4%. Les analyses de sensibilité, en regroupant les non réponses dans les différentes catégories n'ont pas montré de différences significatives, elles ont été systématiquement imputées à la modalité de la variable ayant l'effectif le plus faible.

a) Variables génésiques

Les variables génésiques que nous avons étudiées sont : l'âge à l'enquête, le nombre d'enfants ainsi que la vie génésique en France selon deux modalités. Le court terme, qui correspond à l'antécédent de grossesse (menée ou non à terme) au cours des deux dernières années. Le terme indifférent qui correspond au fait d'avoir eu une grossesse en France (quel que soit le délai par rapport à l'enquête) en prenant le soin de séparer les femmes ayant mené une grossesse à terme de celles ayant eu recours à l'IVG. L'IVG donne lieu à une remédicalisation de la contraception puisque plus de la moitié des femmes passent d'une contraception non médicale ou d'une absence de contraception à la prescription d'une méthode médicale après l'IVG (Moreau, Desfrères & Bajos, 2011). Les femmes ayant eu un enfant et eu recours à l'IVG en France, ont été classées dans le groupe ayant eu une IVG en France.

b) Variables sociodémographiques et culturelles

Nous avons pris en compte : le niveau d'éducation, la situation de couple, le statut socioprofessionnel et le fait de disposer d'un logement à soi. La construction de ces variables a été décrite dans le chapitre 1.

Pour envisager les facteurs culturels, nous avons pris en compte la langue parlée au domicile avec le double objectif d'estimer l'effet de la barrière de la langue dans la communication avec les soignants, et d'estimer la force de l'investissement des pratiques majoritaires. Investir dans l'apprentissage et l'usage quotidien de la langue du pays d'immigration peut être vu comme l'investissement d'une nouvelle identité (Norton, 2016), ce qu'il faut modérer dans notre étude du fait qu'un certain nombre de participantes est francophone parce que le français est restée la langue officielle de leur pays (dont le Mali, le Burkina Faso, le Bénin, le Niger, le Tchad, entre autres).

La place de la religion dans les comportements contraceptifs, a été évaluée par l'intensité de la pratique religieuse (régulière ou non : pratique de temps en temps, seulement pour les fêtes, pas du tout et pas de religion du tout).

c) Variables de santé et d'accès aux soins

Certaines variables de santé influencent les choix contraceptifs et nous n'avons pris en compte que certaines d'entre elles, dont l'obésité, . Définie comme un index de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 30kg/m², l'obésité est particulièrement fréquente parmi les femmes africaines et représente un frein à la contraception orale chez les femmes de moins 30 ans en population générale, l'utilisation du retrait comme méthode contraceptive est d'autant plus importante que l'IMC est élevé (Bajos *et al.*, 2010). Nous avons également étudié l'état de santé perçu, disponible dans l'enquête par une échelle à cinq modalités : Très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais que nous avons regroupé en deux classes : se sentir en très bonne santé versus les autres dans l'objectif d'approcher la notion de santé sexuelle. Pour l'OMS le concept de santé sexuelle s'inscrit dans le prolongement du concept défini comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Les variables d'accès aux soins été étudiées dans ce chapitre correspondent à la couverture maladie, la mutuelle complémentaire santé et le médecin traitant déclaré. Ces variables ont été préalablement définies dans la chapitre 1.

d) Variables d'histoire migratoire

Nous avons pris en compte la durée du séjour qui a été séparée selon la médiane du délai à l'installation : être en France depuis moins de six ans ou depuis sept ans ou plus; et l'âge à l'arrivée, scindé selon la médiane de l'âge à l'arrivée soit 27 ans.

VI.2.3 Analyses

Dans un premier temps nous décrivons la population des femmes en besoin de contraception selon l'ensemble des variables explicatives. (table 1). Nous étudierons à l'aide de schémas et d'un tableau récapitulatif la prévalence contraceptive (contraception médicale, moderne, naturelle ou aucune contraception), puis la distribution des méthodes contraceptives pour l'ensemble de la population étudiée. Nous comparerons nos résultats avec ceux de la

population générale grâce aux résultats publiés de l'enquête *Fécond 2010*, tous âges confondus puis par tranche d'âge (25ans, 35 ans et 45ans).

Encadré 4. Enquête FECOND 2010

Plusieurs enquêtes de l'INED ont permis de suivre l'évolution des pratiques contraceptives en France depuis l'adoption de la loi Neuwirth en 1967. Réalisées en liaison avec l'INSEE, en 1978, 1988 et 1994, ces enquêtes reposaient sur des échantillons représentatifs de la population féminine d'âge reproductif. En 2000, une étude de cohorte (enquête Cocon) a été lancée par l'Inserm et l'INED portant sur des femmes de 18-44 ans suivies pendant 5 ans. En 2010, une nouvelle enquête sur les enjeux contemporains en santé sexuelle et reproductive a été réalisée par l'INSERM et l'INED (enquête FECOND) auprès d'échantillons aléatoires de 5 275 femmes âgées de 15 à 49 ans et 3 373 hommes du même âge. Cette enquête a été conduite par téléphone auprès de personnes disposant d'un téléphone fixe ainsi qu'auprès de personnes abonnées exclusives de téléphones mobiles (qui représentent 14 % des 15-49 ans en France). Elle explore les pratiques contraceptives depuis l'entrée dans la sexualité, les échecs de contraception, les grossesses prévues et non prévues, le recours à l'avortement et les dysfonctions sexuelles au travers d'une enquête téléphonique menée auprès d'individus équipés d'au moins un téléphone filaire et contactés dans leur résidence principale uniquement ou qui disposaient d'un téléphone mobile. L'enquête en population générale s'est accompagnée d'une enquête auprès d'un échantillon représentatif de 1 011 médecins généralistes et gynécologues exerçant en cabinet de ville tirés au sort dans le répertoire Adeli de l'Assurance maladie. Ils ont été interrogés en 2011 au moyen d'un questionnaire imprimé ou par internet, sur leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive.

Nous décrivons ensuite la répartition des principales méthodes contraceptives selon chaque variables en mesurant les écarts de distribution grâce à des tests de Chi². Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

Nous étudierons ensuite les facteurs associés à l'utilisation d'une contraception médicale versus non médicale. Les facteurs explicatifs étudiés sont d'ordre génésiques (âge à l'enquête, nombre d'enfants, vie reproductive en France), d'histoire migratoire (durée du séjour, âge à l'arrivée), sociodémographiques (situation de couple, niveau d'éducation, statut socio-professionnel, la langue parlée à la maison, la pratique religieuse), de santé et d'accès à la santé (obésité, santé perçue, type de couverture médicale, avoir déclaré un

médecin traitant). Pour chacune des variables nous avons ajusté sur l'âge et le nombre d'enfants. La taille des effectifs ne permettait pas une analyse multivariée.

Après quoi nous avons examiné le choix des méthodes utilisées. Pour cela nous avons analysé les facteurs associés à l'utilisation de 1) la pilule versus le préservatif, 2) les méthodes réversibles de longue durée d'action versus le préservatif 3) méthodes réversibles de longue durée d'action versus la pilule. La sélection des variables explicatives s'est faite après recherche des variables statistiquement liées aux variables dépendantes. Les variables retenues sont de nature génésiques (âge à l'enquête, vie reproductive en France), d'histoire migratoire (durée du séjour en France), sociodémographiques (être en couple (oui/non), le niveau d'éducation, le statut socio-professionnel) et de santé (type de couverture maladie et la santé perçue). Pour chacune de ces variables un ajustement sur l'âge et le nombre d'enfants a été réalisée.

Pour les analyses factorielles nous avons procédé à des régressions de Poisson dans le but d'obtenir des rapports de prévalence. Toutes les analyses ont été effectuées sous Stata12® (Stata Corporation, College Station, TX) et ont pris en compte le plan de sondage et la pondération afin que les estimations soient représentatives de l'ensemble de la population étudiée.

VI.3. Résultats

Parmi les 270 femmes en âge de procréer et fertiles au temps de l'enquête, 135 femmes sont concernées par la contraception et 135 femmes ne le sont pas car enceintes ou à la recherche d'une grossesse (N= 52) ou bien sans activité sexuelle depuis plus de 12 mois (N=83).

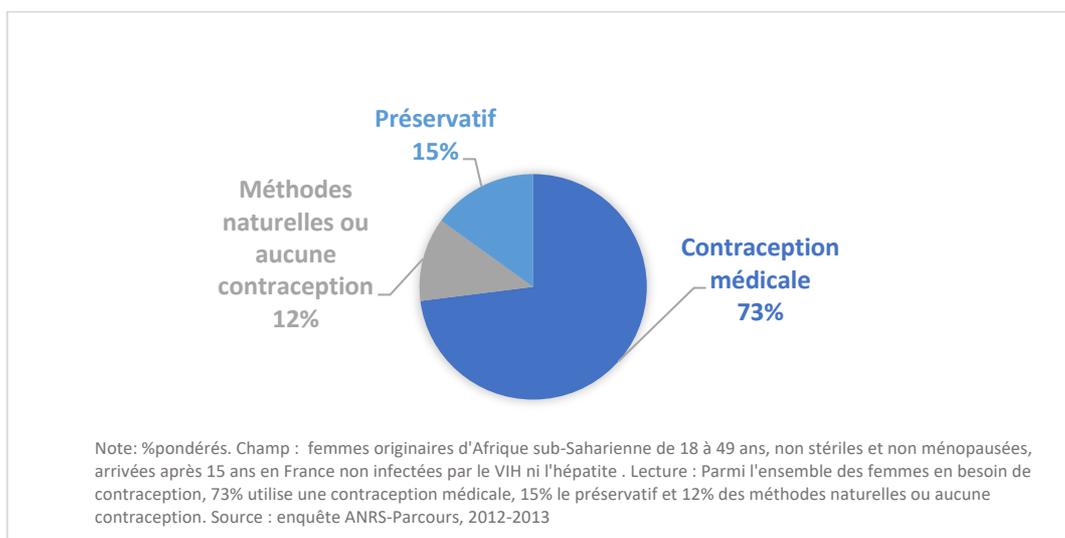
VI.3.1 Caractéristiques de la population étudiée

Les femmes en besoin de contraception sont arrivées en France en médiane à 25 ans, sans enfants et principalement dans le cadre du regroupement familial, elles proviennent aussi bien d'Afrique de l'Ouest que d'Afrique centrale ou de l'Est. Au moment de l'enquête et en médiane, elles ont 36 ans et une durée de séjour en France de 11 ans, deux femmes sur trois ont eu au moins un enfant en France et 16% ont eu recours à l'IVG. Elles sont majoritairement (plus de 70%) en couple, avec un partenaire originaire comme elles d'Afrique subsaharienne et vivent dans un logement personnel ; la moitié des femmes parle principalement le français à la maison. Un quart de femmes a un niveau d'étude supérieur, et trois femmes sur quatre ont un statut socio-professionnel bas au moment de l'enquête, trois quart des femmes pratiquaient la religion de manière régulière. La quasi-totalité des femmes a une couverture médicale, et plus de la moitié rapporte une assurance complémentaire ainsi qu'un médecin traitant déclaré à l'assurance-maladie (table 1). Avant leur arrivée en France, 15% des femmes avaient eu un moyen de contraception médicale et 30% avaient déjà utilisé le préservatif à visée contraceptive.

VI.3.2 Prévalence de contraception moderne et de la contraception médicale

Parmi les femmes sexuellement actives et sans désir de grossesse, la prévalence de contraception moderne est importante avec sept femmes sur dix (73%) qui utilisent un moyen de contraception médicale et 15% qui déclarent le préservatif, tandis que 12% des femmes n'utilisent aucune de ces deux méthodes (Figure 14) dont 3% déclarent n'utiliser aucune méthode contraceptive et 9% une méthode naturelle. En population générale la couverture contraceptive par méthodes médicales et l'usage du préservatif sont très similaires (79% et 12% respectivement).

Figure 14 Prévalence contraceptive des Femmes originaires d'Afrique subsaharienne en besoin de contraception. N=135



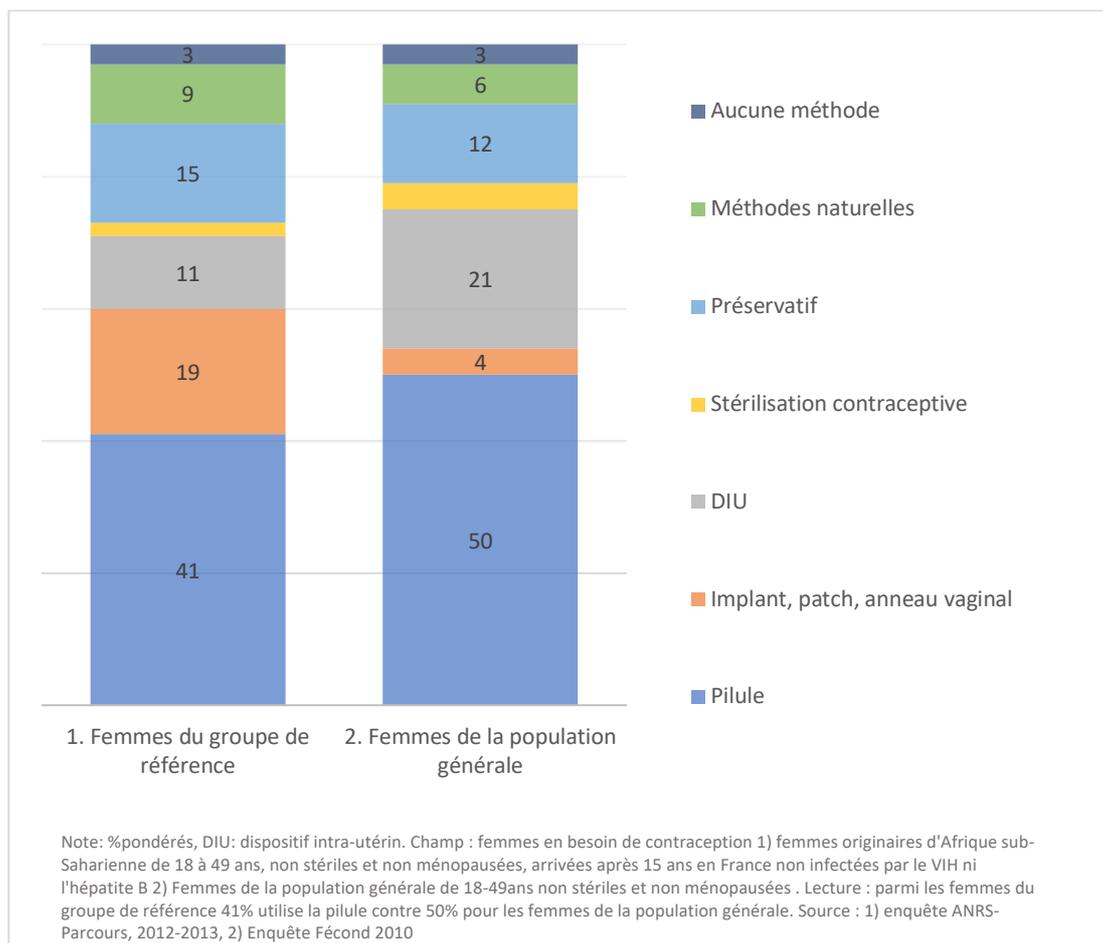
VI.3.3 La distribution des méthodes : une bonne couverture contraceptive comme en population générale mais des méthodes différentes

La pilule est la méthode la plus utilisée (41%), suivie par l'implant contraceptif (19%) puis le dispositif intra-utérin (11%). La stérilisation contraceptive est marginale (moins de 2%), (Figure 15). A différence de la population générale, aucune femme n'a déclaré utiliser l'injection, le patch contraceptif, l'anneau vaginal ou la contraception d'urgence.

La pilule est la méthode la plus fréquemment utilisée sans différence significative selon l'âge, le nombre d'enfants, les conditions de vie ou de santé, ni l'ancienneté du séjour en France. L'implant est significativement plus utilisé parmi les femmes les plus jeunes et les femmes en couple avec un partenaire originaire lui aussi d'Afrique et parmi les femmes arrivées plus jeune avant l'âge de 27 ans. Le DIU est la méthode médicale la moins utilisée (après la stérilisation contraceptive), même chez les femmes de plus de 40 ans ou celles qui ont déjà des enfants. Le préservatif est la méthode la plus utilisée parmi les femmes en France depuis moins de sept ans. Un tiers des femmes célibataires et un tiers des femmes sans couverture sociale (pérenne) utilisent cette méthode. L'absence de contraception moderne est quasi nulle parmi les femmes les plus éduquées, celles arrivées les plus jeunes (avant 27 ans) ainsi que chez les femmes ayant eu une grossesse au cours des deux dernières années. Le recours aux méthodes médicales augmente avec le nombre d'enfants, passant de

44% pour les femmes sans enfant à 74 et 76% chez les mères de un enfant, deux, trois enfants ou plus respectivement (Tableau 4)

Figure 15. Méthodes contraceptives pour 100 femmes en besoin de contraception parmi les femmes de Parcours et de la population générale



a) Des différences avec la population générale qui ne s'amenuisent pas avec l'âge

Comme en population générale, la distribution des méthodes utilisées varie avec l'âge. Parmi les femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne du groupe de référence, c'est entre 30 et 39 ans que la couverture contraceptive par des méthodes médicales atteint son maximum et dépasse 90% d'utilisatrices avec un fort recours à la pilule, elle baisse après 40 ans, au profit des méthodes naturelles ou de l'absence de toute contraception (figure 16). A différence de la population générale, l'usage de l'implant contraceptif est particulièrement marqué chez les femmes du groupe de référence quel que soit leur âge, alors que la fréquence d'utilisation du

Tableau 4. Distribution des méthodes contraceptives médicales (pilule, implant et DIU), du préservatif et des méthodes naturelles ou de l'absence de contraception parmi les femmes en âge de procréer non infectées par le VIH ni l'Hépatite B. Enquête ANRS-Parcours, 2012-2013

	Pilule N=49	Implant N=23	DIU N=19	Préservatif N=24	Naturelle ou aucune N=17	Total N=135	N
	% ^a	% ^a	% ^a	% ^a	% ^a	% ^a	
<u>Facteurs génésiques</u>							
Âge à l'enquête							
18-29 ans	31%	32%**	9%	16%	12%***	100%	35
30-39 ans	48%	23%	16%	12%	1%	100%	50
40-49 ans	45%	9%	7%	18%	21%	100%	50
Nb d'enfants à l'enquête							
Aucun	31%	13%	0%	23%	33%	100%	10
1 ou 2	38%	20%	16%	15%	11%	100%	53
3 ou plus	47%	20%	9%	14%	10%	100%	72
Vie reproductive en France							
Pas de grossesse	45%	2%*	0%	29%	24%	100%	26
Au moins une naissance	39%	22%	15%	12%	12%	100%	84
Au moins une IVG	55%	27%	6%	12%	0%	100%	25
<u>Histoire migratoire</u>							
Durée du séjour en France							
≤ 6 ans	34%	12%	6%	36%**	12%	100%	43
7 ans ou plus	45%	22%	13%	8%	12%	100%	92
Âge à l'arrivée							
Inférieur ou égal à 27 ans	42%	25%*	14%	10%	9%*	100%	91
<u>Variables sociodémographiques</u>							
Niveau d'étude							
Primaire ou inférieur	41%	22%	12%	7%	18%**	100%	21
Supérieur	39%	33%	13%	14%	2%	100%	32
En couple, relation longue							
Non	55%	4%*	3%	32%	6%	100%	18
Oui avec partenaire Africain	38%	24%	12%	12%	14%	100%	96
Oui avec partenaire non Africain	55%	7%	9%	21%	7%	100%	21
Statut socio-professionnel							
Bas	42%	18%	9%	17%	14%	100%	107
Intermédiaire ou élevé	45%	25%	16%	8%	6%	100%	28
Avoir son logement à soi							
Non	36%	22%	1%***	25%	16%	100%	37
Oui	44%	19%	14%	12%	11%	100%	98
<u>Santé et accès aux soins</u>							
Indice de masse corporelle							
Non-obèse (<30kg/m ²)	40%	21%	14%	13%	12%	100%	96
Obésité (≥ 30kg/m ²)	48%	14%	5%	20%	13%	100%	39
Santé perçue							
Très bonne	41%	20%	9%	18%**	12%	100%	109
Bonne ou moins	51%	16%	22%	2%	9%	100%	26
Couverture maladie							
AME-aucune	39%	5%*	19%	29%	7%	100%	18
Sécurité sociale-CMU	43%	21%	10%	14%	12%	100%	117
Complémentaire santé							
Non	36%	14%	16%*	19%	15%	100%	62
Oui	47%	23%	7%	12%	10%	100%	72
Médecin traitant déclaré							
Non	29%	19%	20%	24%	8%	100%	23
Oui	43%	19%	11%	14%	12%	100%	112
Grossesse au cours des 2 dernières années							
Non	39%	17%	9%	17%	18%***	100%	92
Oui	48%	24%	16%	11%	1%	100%	43

Note: ^a pourcentage pondéré en ligne; n.s : non significatif, * p<0.05, ** p<0.01 ; *** p<0,001 ; DIU: dispositif intra-utérin ; AME: Aide médicale d'état ; CMU: couverture maladie universelle.

Champ : femmes originaires d'Afrique sub-Saharienne de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, arrivées après 15 ans en France et en besoin de contraception. 3 femmes ont déclaré avoir eu recours à la stérilisation contraceptive, aucune femme n'a déclaré utiliser ni de patch, ni d'anneau vaginal. Lecture : parmi les femmes âgées de 18-29ans: 31% utilise la pilule, 32% l'implant, 9% le DIU 13% n'utilise aucune contraception moderne, 16% utilisent le préservatif, parmi les femmes n'utilisant aucune contraception moderne il y a une différence significative selon l'âge. Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

DIU reste relativement basse et n'augmente pas avec l'âge. La stérilisation contraceptive reste marginale quel que soit l'âge pour le groupe de référence, alors qu'elle augmente au-delà de 35 ans pour les femmes de la population générale, tout en étant la moins fréquente des modalités contraceptives médicales (figure 17).

b) Les méthodes médicales se diversifient avec l'ancienneté du séjour et l'histoire reproductive en France

La pilule est la méthode la plus utilisée quelle que soit la durée du séjour et la gestité en France ; elle est aussi la seule méthode médicale utilisée parmi les femmes arrivées au cours des deux dernières années puisque durant cette période aucune femme ne déclare utiliser d'implant ni de DIU. Parmi les femmes n'ayant pas eu de grossesse en France, l'utilisation d'une autre méthode médicale que la pilule est minoritaire (inférieure à 10%).

VI.3.4 Facteurs associés à la contraception médicale parmi les femmes utilisant une méthode contraceptive

Les femmes dont l'ancienneté de séjour dépasse les sept ans ont un recours accru à la contraception médicale même après prise en compte de leur âge et du nombre d'enfants, en revanche le motif de la migration n'influence pas ici la méthode contraceptive. Les femmes arrivées les plus jeunes ont elles aussi un recours accru aux méthodes médicales, association qui n'est pas maintenue après ajustement sur l'âge à l'enquête et le nombre d'enfants. Alors que le niveau d'éducation n'apparaît pas associé à la contraception médicale, les femmes qui exercent une activité de qualification intermédiaire ou élevée apparaissent plus utilisatrices que les femmes inactives ou employées dans des emplois peu qualifiés. Ni l'usage du français, ni l'intensité de la pratique religieuse, ni le fait d'être en couple ou pas avec un homme d'Afrique subsaharienne ne sont trouvés associés à la contraception médicale. Le type de couverture maladie comme la désignation d'un médecin traitant qui renvoient à de possibles facteurs d'accessibilité n'affectent pas non plus la pratique contraceptive. En revanche, les femmes ayant accouché ou ayant eu une IVG en France sont plus nombreuses à utiliser une contraception médicale (76% et 88% % vs 50% pour celles qui n'ont eu ni naissance ni IVG).

Figure 16 . Distribution des méthodes contraceptives selon l'âge pour 100 femmes en besoin de contraception du groupe de référence

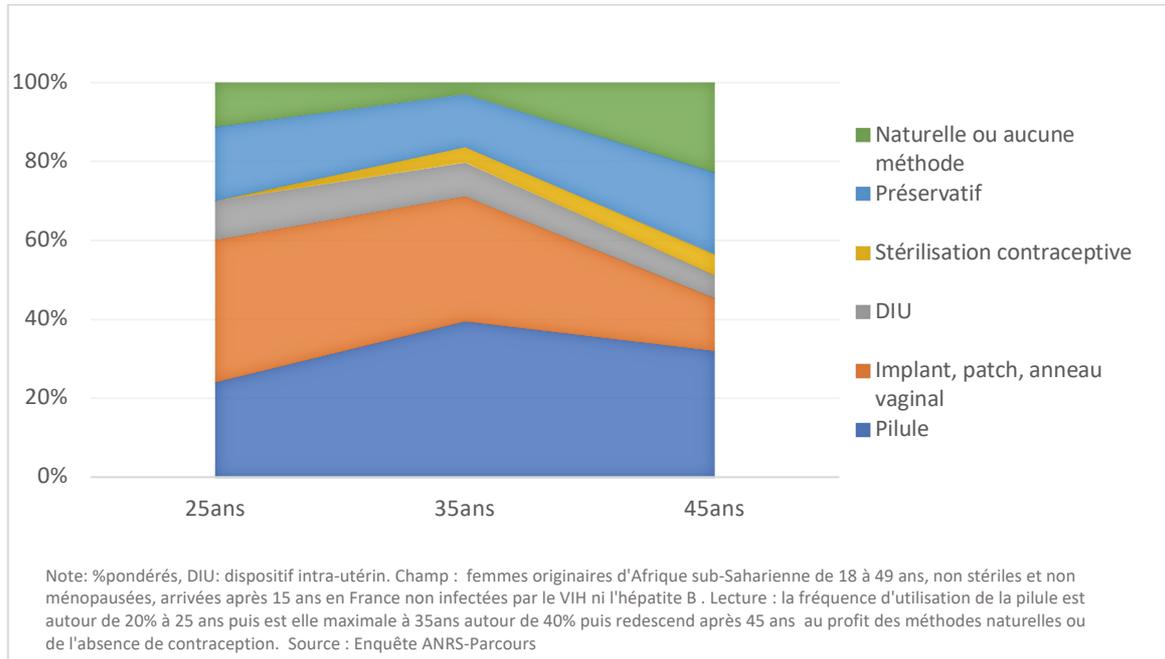
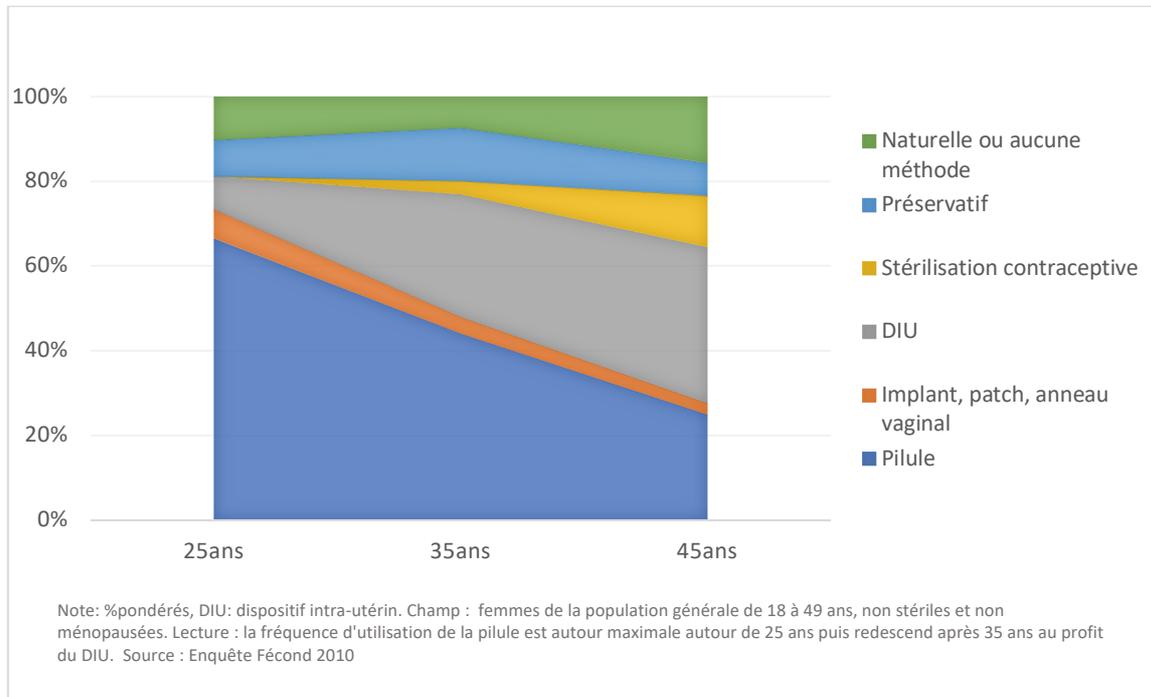


Figure 17. Distribution des méthodes contraceptives selon l'âge pour 100 femmes en besoin de contraception de la population générale.



VI.3.5 Facteurs associés à l'utilisation de la pilule versus le préservatif, des méthodes réversibles de longue durée d'action versus le préservatif, et des méthodes réversibles de longue durée d'action versus la pilule

L'usage de la pilule ne dépend ni de l'âge, la parité, ni du fait d'avoir eu une grossesse en France lorsqu'on la compare à l'usage du préservatif. Même si les femmes qui ont eu une grossesse en France (naissance ou IVG) utilisent plus fréquemment la pilule que des méthodes de longue durée d'action que (37% et 48% respectivement), après prise en compte de l'âge et du nombre d'enfants, le fait d'avoir accouché en France ou d'avoir eu recours à l'IVG en France augmente significativement la probabilité d'utiliser ces méthodes de longue durée d'action [RPa 13.7, IC 95% 2.2-85.3 et RPa 9.31 IC95% 1.3-65.1]. L'association positive entre avoir eu une grossesse en France et méthodes de longue durée d'action est également retrouvée dans sa comparaison à l'utilisation du préservatif.

VI.3.6 Points communs aux deux analyses factorielles

Nous n'avons pas mis en évidence de relation entre l'utilisation d'une méthode donnée et le type de couverture maladie. Les facteurs sociaux, dont le fait d'être en couple, le niveau d'éducation, le statut socio-professionnel n'apparaissent pas non plus déterminants dans la modalité contraceptive. Comme pour le recours à la contraception médicale, l'ancienneté du séjour et par conséquent le niveau d'installation jouent un rôle positif dans l'utilisation des méthodes médicales vis à vis du préservatif, sans pour autant favoriser la pilule aux méthodes de longue durée d'action ou vice versa.

Comme en population générale, le fait de se déclarer en très bonne santé est associé à l'usage d'une contraception la plus efficace, la protection vis à vis des grossesses non désirées par le contrôle de sa fécondité étant un élément majeur de la santé sexuelle et par conséquent de la santé en général. (Bajos & Bozon, 2008).

Tableau 5. Facteurs associés à l'utilisation d'une contraception médicale (pilule, implant et DIU) versus non médicale (préservatif, naturelle ou absence de contraception) parmi les femmes en âge de procréer non infectées par le VIH ni l'Hépatite B en besoin de contraception. Enquête ANRS-Parcours, 2012-2013

	Contraception médicale vs. Non médicale							
	N=135	% ^a	RP	[IC 95%]	<i>p</i>	RP _a	[IC 95%]	<i>p</i>
Âge à l'enquête								
18-29 ans	35	71.6%	1.17	[0.95-1.44]	0.020	1.48	[0.95-2.09]	0.018
30-39 ans	50	86.9%	1.42	[1.12-1.79]		1.44	[1.12-1.85]	
40-49 ans	50	61.1%	ref			ref		
Nb d'enfants à l'enquête								
Aucun	10	44.5%	ref		0.101	ref		0.028
1 ou 2	53	73.8%	1.66	[1.02-2.69]		1.84	[1.17-1.85]	
3 ou plus	72	76.5%	1.72	[1.04-2.84]		2.12	[1.21-3.72]	
Vie reproductive en France								
Pas de grossesse	26	46.7%	ref		0.023	ref		0.112
Au moins une naissance	84	76.2%	1.63	[0.99-2.68]		1.39	[0.97-2.65]	
Au moins une IVG	25	87.7%	1.88	[1.19-2.95]		1.55	[1.36-2.23]	
Durée du séjour en France								
≤ 6 ans	43	52.1%	ref		0.006	ref		0.000
7 ans ou plus	92	80.2%	1.54	[1.44-2.07]		1.61	[1.27-2.02]	
Âge à l'arrivée								
Supérieur ou égal à 27 ans	91	81.5%	1.45	[1.01-2.10]	0.044	1.45	[0.99-2.10]	0.063
28 ans ou plus	44	55.9%	ref			ref		
En couple, relation longue								
Non	18	61.9%	ref		0.762	ref		0.933
Oui avec partenaire Africain	96	74.4%	1.20	[0.80-1.35]		1.10	[0.90-1.33]	
Oui avec partenaire non Africain	21	71.4%	1.15	[0.83-1.43]		1.09	[0.81-1.53]	
Statut socio-professionnel								
Bas	107	68.6%	ref		0.073	ref		0.017
Intermédiaire ou élevé	28	86.4%	1.26	[1.01-1.52]		1.31	[1.05-1.62]	
Santé perçue								
Très bonne	26	88.6%	1.23	[1.02-1.86]	0.114	1.24	[1.04-1.88]	0.036
Bonne ou moins	109	72.0%	ref			ref		
Couverture maladie								
AME-aucune	16	62.5%	ref		0.511	ref		0.674
Sécurité sociale-CMU	117	73.7%	1.18	[0.86-1.23]		1.15	[0.76-1.28]	
Complémentaire santé								
Non	62	65.9%	ref		0.111	ref		0.209
Oui	72	77.5%	1.18	[1.03-2.41]		1.13	[0.99-2.32]	
Médecin traitant déclaré								
Non	23	67.6%	ref		0.572	ref		0.212
Oui	112	73.4%	1.09	[0.68-2.72]		1.19	[0.88-2.51]	

Note: ^a pourcentage pondéré en ligne ; RP : Rapport de prévalence obtenue par des régressions de Poisson ; RP_a Rapport de prévalence ajusté sur l'âge et le nombre d'enfants ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; AME: Aide médicale d'état ; CMU: couverture maladie universelle. *Champ* : femmes originaires d'Afrique sub-Saharienne de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, arrivées après 15 ans en France. *Lecture* : Parmi les femmes âgées de 18-29ans, 71,6% utilise une contraception médicale avec une probabilité augmentée par 1.17 d'utiliser ce type de contraception au lieu de méthodes non médicales par rapport aux femmes âgées de 40-49ans. Après ajustement sur l'âge et le nombre d'enfants cette probabilité est multipliée par un facteur de 1.48. NB : le niveau d'étude, la pratique de la religion, la langue parlée à la maison, l'index de masse corporelle ne sont pas associés à l'utilisation de la contraception médicale versus non médicale.

Tableau 6. Déterminants de l'utilisation de 1/ la pilule versus le préservatif ; 2/ de méthodes de longue durée d'action (MLD) versus le préservatif et 3/ des méthodes de longue durée d'action versus la pilule, parmi les femmes en âge de procréer non infectées par le VIH ni l'Hépatite B, en besoin de contraception. Enquête ANRS-Parcours, 2012-2013

	Pilule vs. préservatif				MLD vs. préservatif				MLD vs. pilule			
	N=76	% ^a	RPa	[IC 95%]	N=66	% ^a	RPa	[IC 95%]	N=94	% ^a	RPa	[IC 95%]
Âge à l'enquête												
18-29 ans	18	66%	1.06	[0.81,1.40]	15	71%	1.60***	[1.12,2.29]	25	57%	1.47	[0.91,2.39]
30-49 ans	58	78%	ref		51	61%	ref		69	35%	ref	
Nb d'enfants à l'enquête												
Aucun	5	75%	0.87	[0.33,2.31]	5	36%	0.99	[0.47,2.08]	4	30%	1.96	[0.40,9.65]
1 ou plus	71	57%	ref		61	68%	ref		90	40%	ref	
Vie reproductive en France												
Pas de grossesse	20	61%	ref		14	6%	ref		8	4%	ref	
Au moins une naissance	40	76%	1.33	[0.85,2.08]	39	75%	6.60**	[1.80,24.14]	65	48%	13.76**	[2.22,85.31]
Au moins une IVG	16	82%	1.19	[0.72,1.97]	13	73%	7.35**	[2.13,25.41]	21	37%	9.31*	[1.33,65.15]
Durée du séjour en France												
≤ 6 ans	30	49%	1.81**	[1.09,3.00]	25	33%	1.97**	[1.16,3.33]	21	34%	1.18	[0.53,2.59]
7 ans ou plus	46	85%	ref		41	81%			73	43%		
Partenaire stable à l'enquête												
non	13	63%	1.11	[0.55,2.27]	9	17%	2.50	[0.56,11.08]	8	11%	2.96	[0.40,21.81]
oui	63	76%	ref		57	59%			86	35%		
Niveau d'étude												
Secondaire ou inférieur	56	85%	0.96	[0.60,1.54]	9	56%	0.97	[0.67,1.40]	14	34%	1.12	[0.68,1.85]
Supérieur	20	73%	ref		57	76%			80	54%		
Statut socio-professionnel												
Bas	60	71%	1.42	[0.95,2.12]	54	61%	1.06	[0.78,1.43]	71	39%	1.27	[0.75,2.15]
Intermédiaire ou élevé	16	85%	ref		12	83%			23	47%		
Couverture maladie												
AME-aucune	11	57%	0.73	[0.33,1.61]	12	45%	0.78	[0.43,1.42]	7	38%	0.65	[0.35,1.20]
Sécurité sociale-CMU	65	75%	ref		54	68%			87	42%		
Santé perçue												
Très bonne	12	96%	1.42**	[1.07,1.96]	13	95%	1.76***	[1.31,2.36]	23	41%	1.07	[0.78,1.47]
Bonne ou moins	64	69%	ref		53	61%			71	42%		

Note: %^a pondérés en ligne; RPa : Rapport de prévalence ajusté obtenu par des régressions de Poisson sur l'ensemble des variables du tableau ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; * p<0.05, ** p<0.01 , *** p<0,001 ; MLD: méthodes longue durée d'action (implant ou dispositif intra utérin), AME: Aide médicale d'état, CMU: couverture maladie universelle ;

Champ : femmes originaires d'Afrique sub-Saharienne de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, arrivées après 15 ans en France.

Lecture : Parmi les femmes utilisant soit la pilule soit le préservatif comme contraceptif, 66% des femmes âgées de 18-29ans utilisent la pilule contre 78% des femmes âgées de plus de 30ans, toutefois après ajustement sur l'âge et le nombre d'enfants, les femmes âgées de moins de 30 ans ont une probabilité multipliée par 1.38 d'utiliser la pilule.

VI.4. Discussion

VI.4.1 Une couverture contraceptive de même niveau que celle de la population majoritaire mais des méthodes différentes

Comparée à la population générale le niveau de la couverture contraceptive moderne chez les immigrées subsahariennes est très similaire (91% versus 88% respectivement) avec un recours un peu plus marqué aux méthodes non médicales (24% vs. 18%) et des méthodes médicales qui font plus de place à l'implant et moins au dispositif intra-utérin surtout chez les femmes les plus jeunes (inférieur à 30 ans).

Les pratiques contraceptives telles qu'elles apparaissent parmi les femmes enquêtées dans *Parcours* indiquent que l'adhésion des femmes à la maîtrise de la fécondité rencontre après leur immigration un contexte favorable à l'appropriation de la contraception médicale. En effet de façon générale, la faiblesse de l'offre, son manque de diversité et les difficultés d'accès sont considérés comme des facteurs contribuant à la faible utilisation de la contraception (United Nations, 2015).

Les résultats peuvent être compris comme une familiarité aux méthodes médicales qui augmente dans le temps avec l'offre contraceptive renforcée par le contact avec les services de santé en obstétrique et gynécologie à l'occasion des naissances ou des IVG. La proposition d'une contraception à la maternité fait partie de la prise en charge tant dans les recommandations françaises qu'internationales (Sénat *et al.*, 2015)(World Health Organization, 2015) pour permettre l'espacement des naissances et prévenir les complications des naissances rapprochées (Conde-Agudelo, Rosas-Bermúdez & Kafury-Goeta, 2006), en particulier dans un contexte de complications périnatales plus fréquentes chez les femmes africaines (Philibert, Deneux-Tharaux & Bouvier-Colle, 2008). A l'heure actuelle les femmes originaires d'Afrique subsaharienne constituent le groupe le plus à risque de morbi-mortalité périnatale sévère en France et dans d'autres pays européens(Stewart, 2016).

Comme observé par Poncet pour l'ensemble des femmes immigrées, le fait d'exercer une activité qualifiée augmente parmi les femmes africaines en France la probabilité d'utiliser une méthode médicale (Poncet *et al.*, 2013), alors que l'association avec le niveau d'étude n'est pas observée ici. Cette observation évoque donc plutôt un effet de socialisation dans

le contexte de l'activité professionnelle qu'un effet de connaissance alors que les facteurs culturels, certes appréhendés d'une façon limitée ici par la langue parlée à la maison et l'intensité de la pratique religieuse, n'influencent pas le recours aux méthodes médicales de contraception.

L'absence de lien avec l'affiliation aux différents régimes d'assurance maladie va dans le sens d'un accès relativement aisé. En effet, la contraception en France est facilitée par une bonne accessibilité tant en termes de communication générale, de prise en charge par l'assurance maladie. La gratuité des soins en prénatal, celle de l'IVG et de la contraception dans les centres d'éducation et de planification familiale favorisent aussi sans doute le niveau de la prévalence contraceptive dans cette population particulièrement touchée par des difficultés administratives, financières et de santé surtout dans les premières années suivant leur arrivée (Gosselin, 2016).

De nombreux auteurs ont étudié le rôle des normes qui encadrent le nombre idéal d'enfants et les pratiques de contraception. Ces normes ne sont pas univoques, mais au contraire en tension dans des sociétés qui évoluent, en Afrique comme ailleurs, dans ce champ (Bajos *et al.*, 2013). Ces normes ont trait à la procréation, à la prénatalité, au primat du plaisir masculin, à la crainte des effets de la contraception médicalisée sur la fertilité pour les femmes qui n'ont pas encore été au bout de leur projet maternel, ou encore au contrôle social par la famille. Ces normes qui sous-tendent le faible accès à la contraception en Afrique subsaharienne, ne sont pas forcément effacées, mais on fait ici l'hypothèse que la diversité des moyens disponibles, certains changements induits par la migration (mode de vie, contraintes économiques, poids moindre de la famille, regard social sur les grandes familles (Afulani & Asunka, 2015)) et sans doute une information plus large permettent aux femmes de s'en saisir en levant des craintes sur les effets adverses qui peuvent exister lorsque l'information est insuffisante (United Nations, 2015). Les pratiques décrites par Sargent et par Brétin des personnels de santé à la maternité envers les femmes africaines à Paris dans les années 80 (Sargent, 2006)(Sargent & Cordell, 2003)(Bretin, 2004), évoquent une forte pression à la contraception après un accouchement : cette pression apparaît inscrite dans une désapprobation de la part des professionnels de ce qui serait perçu comme une hyperfécondité. Ces pratiques ont-elles cours aujourd'hui ?

VI.4.2 Libre choix ou choix sous influence de la méthode de contraception

Pour autant dans un pays dont le slogan valorise le choix « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » ou « la contraception qui vous convient existe » (campagnes INPES 2007 et 2013), ce choix est-il ouvert aux femmes quant à la méthode la mieux adaptée à leurs relations, à leur sexualité et à leurs attentes ? La proportion plus importante d'utilisation de l'implant par rapport à l'ensemble des femmes en France interroge : s'agit-il d'une préférence des femmes ou d'un choix orienté par le médecin ?

Si les méthodes à longue durée d'action sont plus efficaces (Blumenthal, Voedisch & Gemzell-Danielsson, 2011) et sans doute plus adaptées particulièrement aux femmes dans le postpartum (Sénat *et al.*, 2015)(Pieh Holder, 2015), on peut s'interroger sur la faible utilisation du dispositif intra-utérin. Longtemps réservé aux femmes ayant déjà eu des enfants, le dispositif intra-utérin trouve dans les dernières années davantage sa place chez les plus jeunes et les nullipares en écho aux craintes suscitées par la pilule (Bajos, 2014), à l'inverse, l'implant mis sur le marché en 2001, n'a que peu de succès, avec moins de 3% d'utilisatrices tous âges confondus en France en population générale. Proportion qui reste basse toutes origines confondues, puisque parmi les femmes de moins de 30 ans la proportion d'utilisatrices de l'implant est sensiblement la même que les femmes soit nées en France ou dans un autre pays (autour de 3%) (Moreau *et al.*, 2013). Saignements répétés, prise de poids, fréquence élevée d'interruption de la méthode avant la première année en font une méthode de deuxième intention selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2013)(Wong *et al.*, 2009)(Madden *et al.*, 2010).

La faible utilisation du DIU est-elle le résultat d'un moindre recours au gynécologue de ville plus susceptible de prescrire cette méthode? Est-ce l'effet de sa mauvaise réputation parmi les usagères (peur du caractère invasif, crainte d'infertilité secondaire) ? En Afrique subsaharienne, tous pays confondus, l'utilisation du dispositif intra-utérin était inférieure à 1% en 2015 (United Nations, 2015).

Enfin, faut-il y voir une évaluation à la hausse du risque de complications gynécologiques (infection, saignement) en lien avec le DIU? Bien que le comportement sexuel des femmes africaines ne diffère pas de celui des autres femmes, elles présentent une fréquence plus élevée d'infections sexuellement transmissibles (IST) (Fenton *et al.*, 2005), ce qui peut représenter pour certains prescripteurs une limitation à proposer le DIU. Pourtant, il a été démontré que le risque relatif de présenter une infection génitale haute en lien avec un DIU est très faible et quasi comparable aux femmes qui n'en utilisent pas (0-5% versus 0-2% respectivement) (Mohllajee, Curtis & Peterson, 2006).

Existe-t-il d'autres facteurs de risques qui peuvent amener à des choix contraceptifs spécifiques ? Les femmes africaines sont sujettes aux fibromes (ou léiomyome) qui représentent la tumeur bénigne la plus fréquente chez la femme en âge de procréer, avec d'importantes répercussions cliniques comme des douleurs, des saignements. Ils représentent la principale indication d'hystérectomie selon Marshall et al. [9] un risque relatif estimé à 3,25 (95 % IC 2,71-3,88) par rapport aux autres femmes (Marshall *et al.*, 1997). Les fibromes contre indiquent l'usage du DIU au cuivre puisqu'il peut augmenter les douleurs pelviennes mais aussi les saignements, en revanche, le DIU aux hormones s'avère être une bonne alternative puisqu'il peut, par son effet hormonal, diminuer la taille des fibromes et donc leur symptomatologie, à condition toutefois que leur localisation ne soit pas dans la cavité utérine à proprement parler (Audebert, 2009).

Les femmes africaines présentent également une fréquence élevée de facteurs de risque cardiovasculaires pouvant justifier de moins prescrire de méthodes hormonales en particulier des pilules combinées (oestro-progestatives). Dans *Parcours*, parmi les consultant(e)s en médecine générale, 31% de l'ensemble des femmes avait une maladie cardiovasculaire, avec l'hypertension artérielle au premier plan (Ravalihasy, Lert & Vignier, 2017). Selon l'American Heart Association, 44,7% des femmes afro-américaines souffrent d'une maladie cardiovasculaire contre 32% pour les autres femmes (R. Carnethon *et al.*, 2017).

A différence de ce qui est retrouvé en population générale (Bajos *et al.*, 2010), l'obésité ne constitue pas un obstacle à l'utilisation de la contraception médicale et ce alors même qu'elle constitue en soi un facteur de risque cardiovasculaire. Il est possible que le regroupement des méthodes en familles contraceptives effacent d'éventuelles limitations à l'usage de certaines méthodes pour raisons médicales car il y a généralement au sein d'une famille contraceptive au moins une option qui puisse convenir.

Parmi les participantes, aucune ne déclare recevoir une contraception par injection alors que l'injection est une modalité contraceptive relativement fréquente dans certains pays par sa facilité d'usage et le fait qu'elle puisse s'utiliser à l'insu du partenaire. C'est le cas par exemple au Mali où parmi les 11% de femmes utilisant une contraception moderne, 4,6% ont recours à l'injection, les chiffres étant respectivement de 17 et 6,5% au Sénégal, et de 14,5% et 2,8% en Côte d'Ivoire (United Nations, 2015). Il est possible que l'implant réponde mieux aux attentes ou à l'expérience des femmes immigrées vis-à-vis de la contraception injectable, extrêmement rare en France (moins de 1% en population générale). L'implant est-il une imposition ou une préférence des professionnels pour ces femmes? Les travaux menés dans le passé sur la contraception injectable suggèrent que cette méthode

contestée de longue date en raison de ses effets secondaires fréquents était proposée en France aux femmes dont le niveau d'instruction, la position sociale, la situation conjugale ou la répétition des grossesses étaient considérées comme autant de barrières à la prise quotidienne de la pilule (Bretin, 2004). En serait-il de même aujourd'hui avec l'implant, méthode certes beaucoup moins discutée ? D'autres études seraient nécessaires pour éclaircir ce point.

Pour conclure, l'adhésion des femmes africaines au modèle contraceptif existant en France est très forte, et traduit à la fois l'accès facilité à la contraception et leur capacité à se saisir de cette ressource pour maîtriser leur fécondité dans le contexte migratoire. Il reste à s'assurer qu'elles bénéficient pleinement de la méthode qui correspond le mieux à leurs besoins. La littérature montre que les grossesses non planifiées et/ou non désirées constituent un facteur de risque du suivi obstétrical sous optimal. Selon les données de l'étude Précaire, pour les femmes immigrées comme pour les femmes de la population générale, le fait que la grossesse soit non attendue ou non désirée augmente d'au moins 50% le risque d'un suivi sous optimal (Gonthier *et al.*, 2017). Par ailleurs, le 5ème rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles en France (2010-2012) vient pointer la non planification de la grossesse comme un élément favorisant la mortalité maternelle ; soit directement, sept femmes sont décédées dans les suites d'une IVG, soit indirectement pour les femmes dont la grossesse aurait pu être évitée en raison de leur état de santé. La planification des grossesses, possible grâce à une large diffusion des méthodes contraceptives et à une adéquation des méthodes utilisées apparaît comme un outil de prévention des risques liés à la grossesse, dont les plus graves.

CHAPITRE 3. PRATIQUES CONTRACEPTIVES DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH : RÔLE DE LA MIGRATION, PLACE DE LA MALADIE

Valorisations

Publication

Maraux B, Hamelin C, Bajos N, Dray-Spira R, Spire B, Lert F; Vespa2 study group. Women living with HIV still lack highly effective contraception: results from the ANRS VESPA2 study, France, 2011. *Contraception*. 2015 Aug;92(2):160-9. doi: 10.1016/j.contraception.2015.04.010. Epub 2015 May

Conférence orale

International AIDS Society 2014 Melbourne, Australie

Maraux B, Hamelin C, Bajos N, Dray-Spira R, Spire B, Lert F, présenté oralement par A. Desgrées-du-Lôu. Women living with HIV still lack highly effective contraception: results from the ANRS VESPA2 study, France, 2011

Posters

9ème conférence Internationale AIDS Society 2017

Sub Saharan African migrant women living with HIV lack highly effective contraception: migrant effect or HIV consequence? Results from the ANRS-Parcours study

Barbara Maraux, Margot Annequin, France Lert, Annabel Desgrées du Loû

Société Française de Lutte contre le Sida, Poitiers 2013

« La meilleure contraception est celle que l'on choisit » : Comment ce message s'applique-t-il aux femmes vivant avec le VIH en France ?

Barbara Maraux, Margot Annequin, France Lert, Nathalie Bajos, Rosemary Dray-Spira , Christine Hamelin et le groupe Vespa2

VII. CHAPITRE 3. PRATIQUES CONTRACEPTIVES DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH : RÔLE DE LA MIGRATION, PLACE DE LA MALADIE

VII.1. Introduction

En 2017, 36.9 millions [31.1 millions – 43.9 millions] de personnes vivaient avec le VIH dans le monde, dont 75% qui connaissaient leur statut. Depuis 1996, les nouvelles infections à VIH ont été réduites significativement (47%), et en 2017, 59% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) avaient un accès au traitement antirétroviral (ONUSIDA, 2018).

Ces données encourageantes, cachent cependant des sex-ratio variables selon les pays. En Afrique Subsaharienne on compte 13 femmes infectées pour 10 hommes. On le rappelle, la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde sont des femmes et 76 % des femmes séropositives dans le monde vivent en Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 2013) . En France, le nombre de femmes vivant avec le VIH est estimé à 40000, avec une proportion de femmes qui est passée de 27 à 37% entre 2003 et 2011 en raison d'une augmentation de la part des femmes migrantes parmi l'ensemble des personnes vivant avec le VIH. En 2015, environ 3200 personnes ont été contaminées par des rapports hétérosexuels parmi lesquelles principalement de personnes nées en Afrique subsaharienne (75%) et de femmes (60%)(Cazein, 2016).

La vie sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH est marquée par la maladie. L'absence d'activité sexuelle concerne une personne sur cinq, les ruptures affectives sont fréquentes, et les rapports sexuels sont marqués par le risque et l'anxiété de contaminer un partenaire non infecté (Schiltz *et al.*, 2007). Cependant le désir d'enfant reste très présent, selon l'enquête ANRS-Vespa1 en 2003, parmi la population séropositive en France une femme sur trois et un homme sur cinq est concerné au moment de l'enquête par le désir d'enfant. Données qui se confirment dans d'autres régions où le traitement antirétroviral est de facile accès. L'allongement de la durée de vie, la diminution du risque de transmission materno-fœtal, ainsi que la possibilité de recourir à un centre médical d'aide à la procréation y ont contribué (Peretti-Watel, Spire & Groupe ANRS-Vespa2, 2008). Entre ces deux situations il y a aussi celle d'une vie sexuelle active sans désir d'enfant. L'amélioration de l'état de santé qui favorise la reprise ou la poursuite de la vie sexuelle, l'allongement de la

période de vie reproductive, rendent urgente une meilleure connaissance des pratiques contraceptives (May *et al.*, 2011; Dray-Spira, Lert & Equipe Vespa2, 2013).

Pourquoi séparer contraception/prévention s'il y a le préservatif ? De la double fonction à la double insécurité.

Le préservatif est une barrière efficace dans la prévention de la transmission du virus, ce qui lui a valu une place centrale dans les politiques de prévention. Toutefois, son utilisation dans la durée apparaît difficile et son efficacité contraceptive est contestée en rapport à d'autres moyens plus efficaces (Chakrapani *et al.*, 2010). En France, en population générale, un tiers des grossesses non attendues seraient en lien avec une rupture ou un mésusage du préservatif (Moreau, Trussell & Bajos, 2012). Au sein de la population vivant avec le VIH en France et dans des contextes divers, les grossesses ne sont pas rares. En France, la première grossesse après le diagnostic était inattendue une fois sur deux et a été interrompue chez 57% des femmes (Peretti-Watel, Spire & Groupe ANRS-Vespa2, 2008). Une étude menée à Johannesburg chez 850 jeunes femmes vivant avec et traitées par ARV, a montré un taux d'incidence de grossesse de 21.6/100 personnes-années, dont 62% qui n'étaient pas attendues ; les femmes rapportant l'usage du préservatif et celles ne déclarant aucune méthode avaient un risque cumulé similaire dans le temps, alors que celles déclarant une méthode médicalisée avaient un risque nettement diminué et ce de manière significative. Parmi ces grossesses inattendues, 42% des grossesses n'ont pas été menées à terme et parmi elles, la moitié ont donné lieu à une interruption volontaire de grossesse. (Schwartz *et al.*, 2012). Dans des couples, l'usage du préservatif au long cours trouverait ses limites dans une forme de pénibilité due à une négociation répétée entraînant une moindre satisfaction sexuelle, surtout lorsque les deux partenaires sont infectées (Chakrapani *et al.*, 2010).

Contraception médicale : la pilule en trop ?

Pour les femmes vivant avec le VIH, l'utilisation des méthodes contraceptives qui nécessitent une prescription médicale (pilule, DIU, implant, patch, injection) a suscité des débats chez les professionnels. Les réponses aux questions posées ci-dessous ont varié avec le temps, et nous ne présenterons ici que celles disponibles au moment où les enquêtes ont été menées, soit avant 2013.

La prise d'une contraception médicale augmente-t-elle le risque de transmettre l'infection ?

En 2012 sont parus dans le Lancet les résultats de deux études longitudinales menées auprès de 3790 couples hétérosexuels séro-différents dans sept pays africains. Elle a montré une augmentation significative du risque de transmission de l'infection VIH au partenaire parmi les femmes sous contraception hormonale comparées aux femmes sans contraception hormonale, risque multiplié par 2. Une augmentation de l'excrétion endocervical du virus en serait la cause (Heffron *et al.*, 2012). Suite à cette publication, l'OMS qui venait de se montrer favorable à l'usage de la contraception hormonale chez les femmes vivant avec le VIH a réuni 75 experts de 18 pays et a maintenu sa position, car cette étude ne concernait que des femmes sous contraceptif.

La contraception hormonale diminue-t-elle l'effet du traitement ARV ?

Une revue de la littérature parue dans AIDS sur le sujet en mars 2013 ne montre pas d'effet délétère de la contraception hormonale sur la charge virale ou le taux de CD4 (elle a porté sur 11 études dont 10 cohortes) (Phillips, Curtis & Polis, 2013).

Les ARV et/ou la maladie VIH potentialisent-ils le risque infectieux du DIU ?

Les femmes vivant avec le VIH et portant un DIU n'ont pas une d'augmentation de l'excrétion virale dans le tractus génital, elles présentent un risque accru d'infection génitale comparativement aux femmes vivant avec le VIH prenant une contraception hormonale, mais qui reste très faible et comparable à celui des femmes non infectées (Curtis, Nanda & Kapp, 2009)

Dans quels sens vont les interactions médicamenteuses possibles entre ARV et contraception médicale ? Modifient-ils l'efficacité contraceptive ? augmentent-elles le risque métabolique et cardiovasculaire ?

En 2012, une revue de la littérature basée sur 20 articles et 43 études pharmacologiques vient rassurer quant à l'usage de la contraception hormonale. Elle pointe un risque faible de diminution de l'efficacité de la pilule, surtout vrai pour la contraception d'urgence, problème qui peut se résoudre par un doublement de la dose. L'efficacité contraceptive du DIU et/ou de l'injection hormonale restent eux identiques (Phillips, Curtis & Polis, 2013). Le VIH et les ARV peuvent entraîner une augmentation de la résistance à l'insuline et de la glycémie potentialisée par la prise d'hormone (Womack *et al.*, 2008). Mais la principale limite reste que les personnes vivant avec le VIH ont de fait une santé moins bonne que la population générale s'accompagnant de davantage de maladies cardiovasculaires

(Bergersen, 2006)(Boccaro *et al.*, 2013) (Alencastro *et al.*, 2012). L'étiologie de cette dérégulation est sans doute multifactorielle et variable selon le type de contraceptif utilisé.

Les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies qui constituent la principale agence gouvernementale américaine en matière de protection de la santé publique et de sécurité publique, ont publié en 2012 leur position favorable à l'utilisation des contraceptifs hormonaux (pilules, injection et les implant) pour les femmes à haut risque d'infection par le VIH ou les femmes vivant avec le VIH.

Ce que proposait la France, ce que proposait l'OMS (Organisation mondiale de la Santé)

En France, le rapport d'experts sur la prise en charge de la maladie VIH de 2010 (Rapport Yéni) expose la problématique de la contraception de la façon suivante : « Le préservatif est le moyen de contraception à proposer systématiquement. Toutefois une contraception hormonale ou un DIU peuvent aussi être proposés en complément du préservatif ». Cette citation illustre et rappelle le primat accordé au préservatif à cette époque et le déni de la dualité de la problématique. La suite du rapport s'arrête de manière plus détaillée sur les éventuelles interactions médicamenteuses de façon peu avantageuse pour la prescription. Dans l'ordre : « l'utilisation de contraceptifs oraux chez les patientes traitées par un inhibiteur de la protéase reverse (ex : atazanavir) ou un inhibiteur non nucléotidique de la transcriptase inverse (ex : Efavirenz) est déconseillé. La pilule combinée peut être proposée mais dosée à au moins 50ug d'éthinyl oestradiol sans quoi il faut préférer les progestatifs s'il y a une contre-indication aux oestrogènes. Le DIU quant à lui est dit efficace mais contre indiqué en cas de maladie sexuellement transmissible en cours ».

En 2012, l'OMS prend la mesure de l'importance d'une meilleure offre contraceptive pour les femmes séropositives et affirme que les femmes séropositives doivent bénéficier d'une contraception médicale en association à l'usage du préservatif, ouvrant à une promotion de la double protection (OMS, 2012).

VII.2. Problématiques et objectifs de ce chapitre

Les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne et vivant avec le VIH bénéficient-elles de l'environnement plus propice à l'utilisation de la contraception médicale ? comment l'ensemble des femmes vivant avec le VIH en France se protègent-elles des grossesses non désirées ?

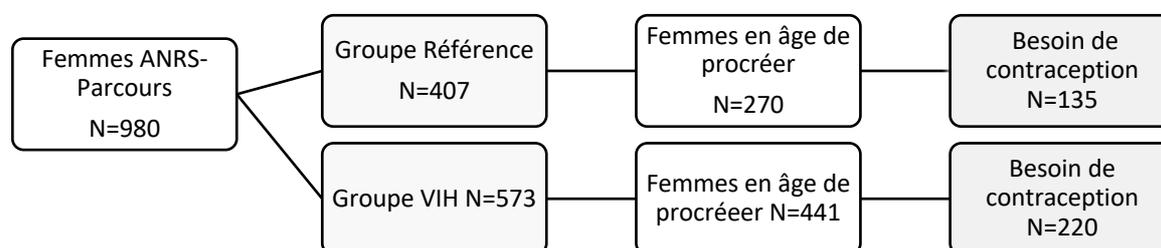
Pour ce chapitre nous allons utiliser dans un premier temps des données de l'enquête *Parcours* sur le Groupe VIH, puis deuxièmement des données de l'enquête *Vespa* qui portent sur l'ensemble des femmes vivant avec le VIH, et dans une dernière partie nous allons comparer les résultats obtenus dans ces deux enquêtes. Pour chacune de ces séquences, nous allons présenter de manière séparée les résultats sans les commenter immédiatement, pour réaliser à la fin une discussion commune.

VII.3. Pratiques contraceptives des femmes immigrées originaires d’Afrique subsahariennes et vivant avec le VIH (Enquête *Parcours*)

VII.3.1 Méthodes

Les données utilisées pour ce sous chapitre proviennent de l’enquête *Parcours*. La population d’étude est composée des femmes en âge de procréer (18-49 ans), non ménopausées et fertiles se déclarant en besoin de contraception appartenant soit au groupe des personnes vivant avec le VIH soit au groupe de référence, étudié dans les chapitres précédents. L’échantillon de femmes vivant avec le VIH comprend 220 personnes, le groupe de référence inclut 135 femmes, l’échantillon étendu aux deux groupes comprend donc 355 femmes.

Figure 18. Diagramme des échantillons étudiés et des effectifs correspondants



a) Les variables à expliquer

Le type de contraception utilisée : médicale, préservatif ou non moderne (aucune ou naturelle).

b) Les variables explicatives

Le statut sérologique vis-à-vis du VIH est la principale variable explicative de ce chapitre. Les autres facteurs étudiés ont été décrits dans les chapitres précédents et sont d'ordre sociodémographique (âge à l'enquête, âge à l'arrivée en France, parité, être en couple,

niveau d'étude, statut socioprofessionnel), de santé (avoir une couverture médicale pérenne), ainsi que d'histoire migratoire (durée de séjour).

c) Les analyses statistiques

Dans un premier temps nous avons décrit les populations (femmes vivant avec le VIH et groupe de référence) et comparé grâce à des tests du Chi².

Nous avons décrit dans la figure 1, la distribution des méthodes contraceptives catégorisées en trois classes : médicales, préservatif et contraception non moderne (naturelle ou aucune contraception) selon le statut des femmes vis à vis du VIH. Enfin, nous avons analysé les facteurs associés à l'utilisation d'une contraception médicale parmi l'échantillon de femmes étendu aux deux groupes (femmes vivant avec le VIH et groupe de référence) grâce à une analyse multivariée sur l'ensemble des variables explicatives dont le statut sérologique vis à vis du VIH.

Pour l'analyse factorielle nous avons procédé à des régressions de Poisson dans le but d'obtenir des rapports de prévalence. Toutes les analyses ont été effectuées sous Stata 12 et ont pris en compte le plan de sondage et la pondération afin que les estimations soient représentatives de l'ensemble de la population étudiée.

VII.3.2 Résultats

Parmi les 573 femmes vivant avec le VIH enquêtées dans *Parcours*, 441 femmes étaient âgées de 18-49ans, non ménopausées ni infertiles, 160 femmes n'avaient pas eu d'activité sexuelle dans l'année (36%), 62 étaient enceintes ou à la recherche d'une grossesse (13%), et 220 femmes (51%) étaient en besoin de contraception.

a) Comparaison des populations selon le statut vis à vis du VIH (tableau 7)

Comparées aux femmes du groupe de référence, les femmes vivant avec le VIH, sont plus âgées et sont arrivées à un âge plus avancé (39.6 ans et 36.0 ans puis 25.5 ans versus 28 ans respectivement). Les femmes vivant avec le VIH sont moins nombreuses à avoir eu une naissance en France et ont eu un peu plus fréquemment recours à l'IVG que les femmes du groupe de référence (46.7% versus 66.7% et 19.6% contre 15.8% respectivement) ; elles sont aussi moins souvent en couple. L'ancienneté du séjour entre les deux groupes est

comparable, avec une médiane est de 10.5 ans. Le niveau d'étude, le statut socioprofessionnel et le taux couverture médicale (de base et complémentaire) sont similaires entre les deux groupes. Les femmes vivant avec le VIH ont cependant une santé perçue meilleure que le groupe de référence (43.7% déclarent se sentir en très bonne santé contre 17.6% parmi le groupe de référence).

b) Distribution des méthodes contraceptives parmi les femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne en France selon leur statut vis à vis du VIH (figure 19)

Les femmes vivant avec le VIH utilisent davantage le préservatif que les méthodes médicales (63% versus 26%) à la différence du groupe de référence qui utilise très majoritairement la contraception médicale (73% et 15% pour le préservatif). L'utilisation des méthodes non modernes est similaire entre les deux groupes (11% versus 12% pour le groupe de référence).

Figure 19. Distribution des méthodes contraceptives parmi les femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne en France selon leur statut vis à vis du VIH

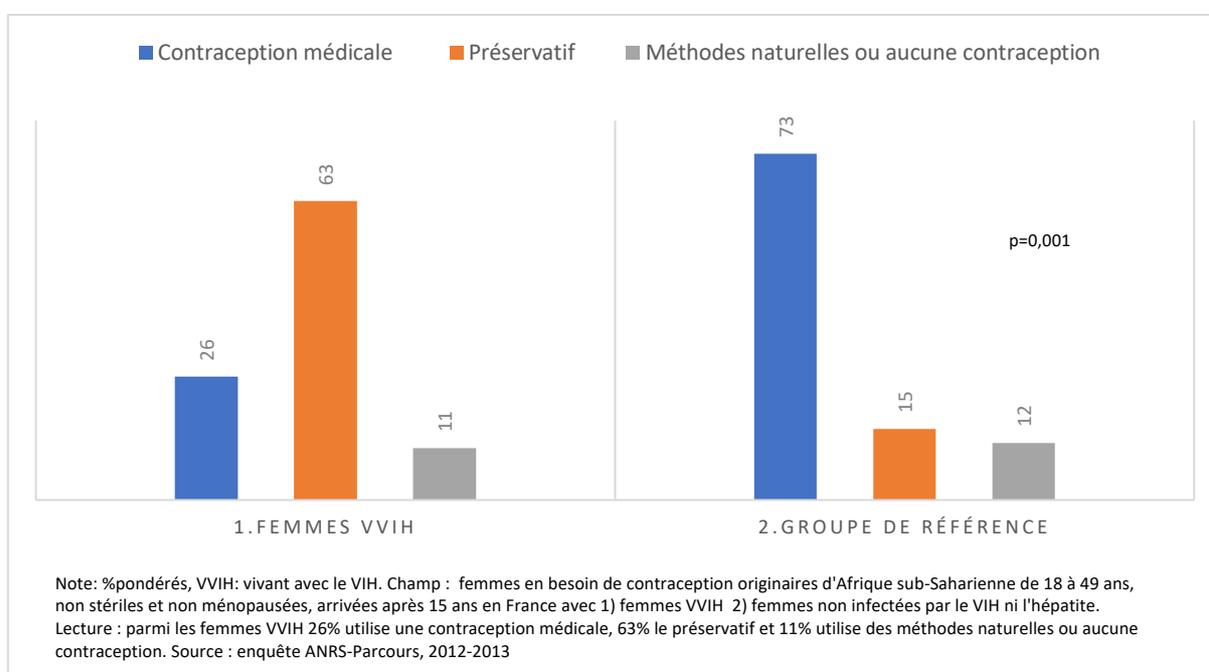


Tableau 7. Description des facteurs génésiques, de contexte migratoire, sociodémographiques et de santé parmi les femmes en âge de procréer et en besoin de contraception selon leur statut vis à vis du VIH. Enquête ANRS-Parcours, 2012-2013 (N=355)

	Femmes VVIH		Groupe de référence		<i>P</i> ^b	Total	
	N=220	% ^a	N=135	% ^a		N=355	% ^a
Âge à l'enquête							
18-29 ans	17	6.5%	35	26.1%	***	52	15.3%
30-39 ans	96	47.8%	50	35.2%		146	42.3%
40-49 ans	107	45.7%	50	38.7%		157	42.4%
Âge médian à l'enquête [25%-75%]		39.6 [34-43]		36.0[29-43]	***		37.6[33-43]
Nb d'enfants à l'enquête							
Aucun	33	15.3%	10	8%	**	43	11.9%
1 ou plus	187	84.7%	125	92%		312	88.1%
Vie reproductive en France							
Pas de grossesse	78	33.7%	26	17.5%	*	104	26.7%
Au moins une naissance	97	46.7%	84	66.7%		181	55.4%
Au moins une IVG	45	19.6%	25	15.8%		70	17.9%
Durée du séjour en France							
≤ 6 ans	47	19.0%	43	26%	*	90	23.7%
7 ans ou plus	173	81.0%	92	74%		265	76.3%
Durée de séjour médiane [25%-75%]		10.5[6-13]		10.5[4-14]	n.s		10.5[5-14]
Âge médian à l'arrivée [25%-75%]		28[23-32]		25.5[20-30]	**		27[22-31]
En couple, relation longue							
Non	49	17.5%	18	8.9%	**	67	14.2%
Oui avec partenaire Africain	128	59.3%	96	76.6%		224	66.1%
Oui avec partenaire non Africain	43	23.2%	21	14.4%		64	18.7%
Niveau d'étude							
Primaire ou inférieur	43	17.8%	22	13.9%	n.s	65	16.1%
Secondaire ou inférieur	128	58.2%	81	60.6%		209	59.1%
Supérieur	49	25%	32	25.5%		81	24.5%
Statut socio-professionnel							
Bas	179	78.7%	107	75.9%	n.s	286	78.6%
Intermédiaire ou élevé	41	21.3%	28	24.1%		69	21.4%
Santé perçue							
Très bonne	83	43.7%	26	17.6%	***	109	32.4%
Bonne ou moins	137	56.4%	109	82.4%		246	67.6%
Couverture maladie							
AME-aucune	17	7.9%	16	7.6%	n.s	33	7.8%
Sécurité sociale-CMU	205	92.1%	117	92.4%		322	92.2%
Complémentaire santé							
Oui	112	52.5%	72	58.3%	n.s	184	55%
Non	108	47.5%	63	41.7%		171	45%

Note: ^a pourcentage pondérés en colonne ; ^b *p*-valeur test de Chi-2 pour les comparaisons de proportions et test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour les comparaisons de médianes ; n.s : non significatif, * *p*<0.05, ** *p*<0.01 ; *** *p*<0,001 ; VVIH: vivant avec le VIH ; Groupe de référence: femmes non infectées par le VIH ni l'hépatite B ; AME: Aide médicale d'état, CMU: couverture maladie universelle. *Champ* : femmes originaires d'Afrique sub-Saharienne de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, arrivées après 15 ans en France et en besoin de contraception. *Lecture* : parmi les 220 femmes vivant avec le VIH: 15,3% n'a pas d'enfant et 84,7% a un enfant ou plus.

c) Contraception médicale versus non médicale (tableau 8)

Les facteurs associés à l'utilisation de la contraception médicale versus non médicale (préservatif ou méthodes non modernes) sont : un âge jeune inférieur à 40ans, avoir eu un ou des enfants et avoir eu une grossesse en France (aboutie ou non). Une durée de séjour supérieure à sept ans favorise significativement l'utilisation des méthodes médicales, comme le fait de se sentir en très bonne santé. Ni les facteurs sociaux (vie de couple, niveau d'étude, statut socio-professionnel) ni la couverture maladie (de base ou complémentaire) ne sont associés à l'usage de la contraception médicale. Toutes choses égales par ailleurs c'est à dire après prise en compte des différences de structure des deux populations d'étude grâce à l'ajustement, les femmes infectées par le VIH sont nettement moins sujettes à utiliser une contraception médicale que les femmes du groupe de référence, le rapport de prévalence ajusté est de 0.4 [0.3-0.5] , soit une probabilité diminuée de 60%.

Tableau 8. Facteurs associés à l'utilisation contraception médicale versus non médicale (préservatif, naturelle ou aucune contraception) parmi les femmes en besoin de contraception et infectées ou non par le VIH . Enquête ANRS-Parcours, 2012-2013

	Contraception médicale vs. Non médicale				
	N=355	% ^a	RPa	[IC 95%]	p
Statut vis à vis du VIH					0.000
Femmes VVIH	220	25%	0.4	[0.3-0.5]	
Groupe de référence	135	73%	ref		
Âge à l'enquête					0.001
18-29 ans	52	56%	1.62	[1.3-2.1]	
30-39 ans	146	50%	1.53	[1.2-2.0]	
40-49 ans	157	37%	ref		
Nb d'enfants à l'enquête					0.033
Aucun	43	13%	ref		
1 ou plus	312	50%	2.82	[1.5-5.1]	
Vie reproductive en France					0.037
Pas de grossesse	104	10%	ref		
Au moins une naissance	181	67%	1.62	[1.04-2.86]	
Au moins une IVG	70	22%	2.01	[1.31-3.22]	
Durée du séjour en France					0.002
≤ 6 ans	90	31%	ref		
7 ans ou plus	265	50%	1.72	[1.21-2.44]	
Partenaire stable					0.250
Non	67	37%	ref		
Oui	288	48%	0.91	[0.65-1.45]	
Niveau d'étude					0.560
Secondaire ou inférieur	274	44%	ref		
Supérieur	81	50%	1	[0.87-1.34]	
Statut socio-professionnel					0.22
Bas	286	41%	ref		
Intermédiaire ou élevé	69	62%	1.26	[0.94-1.51]	
Santé perçue					0.000
Très bonne	109	47%	1.57	[1.22-1.89]	
Bonne ou moins	246	45%	ref		
Couverture maladie					0.35
AME-aucune	33	33%	ref		
Sécurité sociale-CMU	322	46%	1.11	[0.66-2.09]	
Complémentaire santé					0.11
Non	171	38%	ref		
Oui	184	61%	1.12	[0.71-1.31]	

Note: ^a pourcentage pondérés en ligne, RPa : Rapport de prévalence ajusté obtenu par des régressions de Poisson sur l'ensemble des variables du tableau ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; VVIH: vivant avec le VIH, Groupe de référence: femmes non infectées par le VIH ni l'hépatite B, AME: Aide médicale d'état, CMU: couverture maladie universelle.

Champ : femmes originaires d'Afrique sub-Saharienne de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, arrivées après 15 ans en France et en

besoin de contraception. Lecture : parmi les 220 femmes vivant avec le VIH: 15,3% n'a pas d'enfant et 84,7% a un enfant ou plus.

VII.4. Pratiques contraceptives de l'ensemble des femmes vivant avec le VIH en France (Enquête Vespa2)

VII.4.1 Méthodes

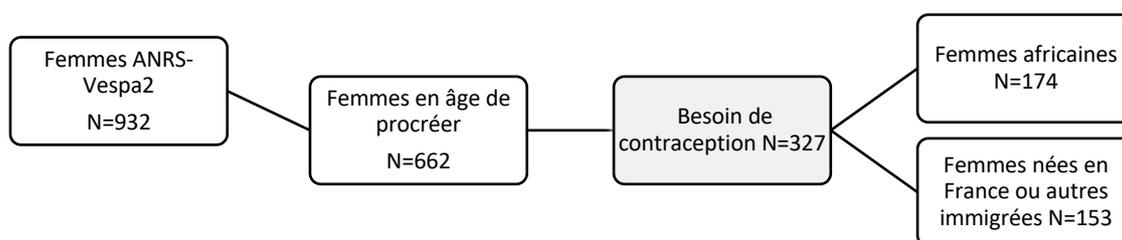
Les données utilisées pour ce sous chapitre proviennent de l'enquête *Vespa2* décrite dans la partie Méthodes.

a) Population d'étude

Vespa2 est une enquête menée auprès de personnes vivant avec le VIH en France, les données présentées dans ce sous chapitre ne concernent par conséquent que des femmes séropositives pour le VIH quelle que soit leur position vis-à-vis de l'immigration : femmes nées en France ou françaises de naissance ou d'autres régions que l'Afrique subsaharienne et femmes immigrées d'Afrique subsaharienne.

La population d'étude inclut les femmes en âge de procréer (âgées de 18 à 49 ans) et en besoin de contraception, défini de la même façon que dans les chapitres précédents (femmes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, non ménopausées ni infertiles, non enceintes et ne cherchant pas à le devenir). La population étudiée a été divisée en deux groupes en fonction de l'origine géographique : les femmes migrantes nées en Afrique subsaharienne (55.7%) et les autres femmes regroupant des femmes françaises natives (38.7%) et des femmes migrantes d'autres origines (5.6%).

Figure 20. Diagramme des échantillons étudiés et des effectifs correspondants



b) Variables à expliquer

Dans l'enquête *Vespa2*, les questions relatives à la contraception ont été posées de la même façon que dans *Parcours* selon la question standard expliquée dans la partie Méthodes.

Pour éviter toute confusion dans l'utilisation du préservatif, comme méthode contraceptive ou comme méthode préventive contre la transmission du VIH/IST, les questions concernant les méthodes contraceptives (préservatifs compris) ont été posées dans la première partie du questionnaire consacré aux soins médicaux tandis que les questions sur l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel selon le type et le statut VIH du partenaire ont été posées plus tard, dans la section sur le comportement sexuel.

Les méthodes de contraception utilisées ont été divisées en trois catégories : a) contraception médicale b) les préservatifs masculins et féminins et c) aucune contraception moderne (pas de contraception, ou uniquement des méthodes traditionnelles, y compris le retrait ou l'abstinence périodique).

c) Variables explicatives

- Facteurs socio-génésiques et de vie sexuelle

Les facteurs génésiques et sexuels comprennent l'âge, le fait d'avoir au moins un enfant (avoir donné naissance à au moins un enfant), avoir un partenaire stable, le statut VIH du partenaire stable et la satisfaction à l'égard de la vie sexuelle. Les variables sociales incluent le niveau d'instruction, la situation vis à vis de l'emploi (oui/non) et la privation matérielle sévère selon les critères EU-SILC (EU-SILC (European Union Statistics on income and living conditions), 2012).

- Facteurs d'accessibilité à la contraception et de santé

Afin d'évaluer le rôle des conditions d'accès aux méthodes contraceptives, deux variables ont été utilisées : disposer d'une assurance maladie complémentaire ou mutuelle et avoir eu recours à un gynécologue au cours des 12 derniers mois.

L'impact direct du VIH a été pris en compte au travers du temps écoulé depuis le diagnostic du VIH et de la présence d'un traitement antirétroviral en cours (oui/non). La prise en compte des facteurs de risque cardiovasculaires passe par la présence d'au moins un des éléments suivants : avoir un antécédent cardiovasculaire (accident vasculaire cérébral,

infarctus du myocarde), un diabète, une hypertension ou une hyperlipidémie. Le risque de développer des maladies cardiovasculaires est plus élevé chez les sujets séropositifs que dans la population générale et les maladies cardiovasculaires (avant tout infarctus du myocarde) représentent la quatrième cause de décès des sujets séropositifs (Bergersen, 2006; Boccara *et al.*, 2013).

Encadré 5 : Critères EU-SILC

(statistiques de l'UE sur le revenu et les conditions de vie)

Dans le cadre EU-SILC, le taux de privation matérielle est un indicateur qui désigne l'incapacité de se procurer certains biens/services considérés par la plupart des individus comme souhaitables, voire nécessaires, pour avoir un niveau de vie acceptable. Cet indicateur fait une distinction entre les individus incapables de se procurer un bien/service donné et ceux qui en sont privés pour d'autres raisons, par exemple parce qu'ils n'en veulent pas ou estiment ne pas en avoir besoin.

d) Analyses statistiques

Parmi les femmes ayant besoin de contraception, nous avons étudié les caractéristiques associées 1) l'absence de contraception moderne versus l'utilisation d'une contraception moderne (médicale ou préservatif) et 2) l'utilisation d'une contraception médicale versus le préservatif grâce à des régressions logistiques. Les interactions ont été systématiquement testées en utilisant des tests de rapport de vraisemblance. Pour les caractéristiques associées à l'absence de contraception moderne, aucune interaction n'a été retrouvée. Par contre, pour les caractéristiques associées à l'utilisation d'une contraception médicale versus le préservatif, une interaction significative a été retrouvée entre l'âge et l'origine géographique. Nous avons donc décidé de stratifier sur l'origine géographique.

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées en utilisant Stata12® (Stata Corporation, College Station, TX) avec des données pondérées pour tenir compte des biais d'échantillonnage et de participation. Ainsi, les estimations étaient représentatives de l'ensemble de la population féminine infectée par le VIH.

a) Principales caractéristiques des femmes enquêtées dans Vespa (tableau 9)

Sur les 932 femmes séropositives incluses dans l'étude *Vespa2*, 662 avaient entre 18 et 49 ans. Parmi ces femmes, 145 n'étaient pas sexuellement actives, 25 étaient enceintes, 72 recherchaient une grossesse, 17 étaient infertiles et 76 étaient ménopausées. Un total de 327 femmes soit 49,2% des femmes en âges de procréer, étaient donc en besoin de contraception.

Les caractéristiques des femmes nécessitant une contraception figurent dans le tableau 8. Un peu plus d'une femme sur dix avait moins de 30 ans alors que la majorité (48.4%) avaient plus de 40 ans. Une femme sur deux (51.2%) avait donné naissance à au moins un enfant. Au moment de la collecte des données, 83.8% des femmes étaient en couple stable (14.6% avec un partenaire séroconcordant) et 13.1% seulement étaient très satisfaites de leur vie sexuelle.

La plupart des femmes (71.3%) avaient un niveau d'éducation primaire, 48.3% avaient un emploi et 35.5% étaient considérées en privation matérielle sévère. Près des deux-tiers des femmes avaient une assurance maladie complémentaire et 79.0% des femmes avaient consulté un gynécologue au cours des 12 derniers mois. Le délai médian depuis le diagnostic était de 8.5 ans [5.0-17.3] et 88.3% des participantes étaient sous traitement antirétroviral, 12.5% des femmes étaient à risque cardiovasculaire.

Par rapport aux femmes françaises et aux autres femmes migrantes de cet échantillon de femmes séropositives, les femmes d'Afrique subsaharienne étaient plus jeunes, avaient un niveau d'instruction inférieur et étaient plus fréquemment en privation matérielle sévère. De plus, les femmes d'Afrique subsaharienne avaient un temps médian beaucoup plus court depuis le diagnostic (6.4 ans contre 17.0 ans), et étaient plus nombreuses à avoir déjà eu des enfants (68.9% contre 29.3%). Ni le fait d'être en couple stable, ni le statut VIH du partenaire ni la satisfaction vis à vis de sa vie sexuelle ne différaient significativement selon l'origine géographique. La différence de prévalence du risque cardiovasculaire (15.9% vs 8.1%) n'atteignait pas le seuil de significativité statistique ($p = 0.06$).

Tableau 9. Caractéristiques des femmes en âge de procréer et en besoin de contraception parmi l'ensemble des femmes VVIH en France métropolitaine selon leur origine. Enquête ANRS- VESPA 2 (N=327)

	Femmes originaires Afrique AsS N=174 % ^a	Femmes françaises ou autres étrangères N=153 % ^a	<i>P</i> ^b	Total N=327 % ^a
Âge à l'enquête				
18-29 ans	14.8%	8.2%	0.001	11.8%
30-39 ans	52.8%	23.3%		39.8%
40-49 ans	32.4%	68.5%		48.4%
Avoir un enfant				
Non	31.1%	70.7%	0.001	48.8%
Oui	68.9%	29.3%		51.2%
Etre en couple				
Non	13.7%	19.4%	0.27	16.2%
Oui	86.2%	80.6%		83.8%
Etre en couple et statut sérologique HIV du partenaire				
Pas en couple	13.7%	19.4%	0.20	16.2%
Partenaire HIV+	12.0%	17.8%		14.6%
HIV- ou inconnu	74.3%	62.8%		69.2%
Satisfaction dans sa vie sexuelle				
Bonne ou moins que bonne	90.0%	82.7%	0.08	86.8%
Très satisfaite	9.9%	17.2%		13.1%
Niveau d'étude				
Inférieur au secondaire	82.4%	57.4%	0.001	71.3%
Secondaire ou plus	17.6%	42.6%		28.7%
Avoir un emploi				
Non	51.6%	44.2%	0.27	51.7%
Oui	48.4%	55.8%		48.3%
Privation matérielle sévère				
Non	56.8%	74.3%	0.001	64.5%
Oui	43.2%	25.7%		35.5%
Complémentaire santé				
Non	48.9%	20.3%	0.001	36.1%
Oui	51.1%	79.7%		63.9%
Avoir eu une consultation de gynécologie dans l'année				
Non	22.6%	18.9%	0.52	21.0%
Oui	77.4%	81.1%		79.0%
Traitement antirétroviral en cours				
Non	14.0%	8.8%	0.22	11.7%
Oui	86.0%	91.2%		88.3%
Risque cardiovasculaire				
Non	84.1%	91.9%	0.06	87.6%
Oui	15.9%	8.1%		12.4%

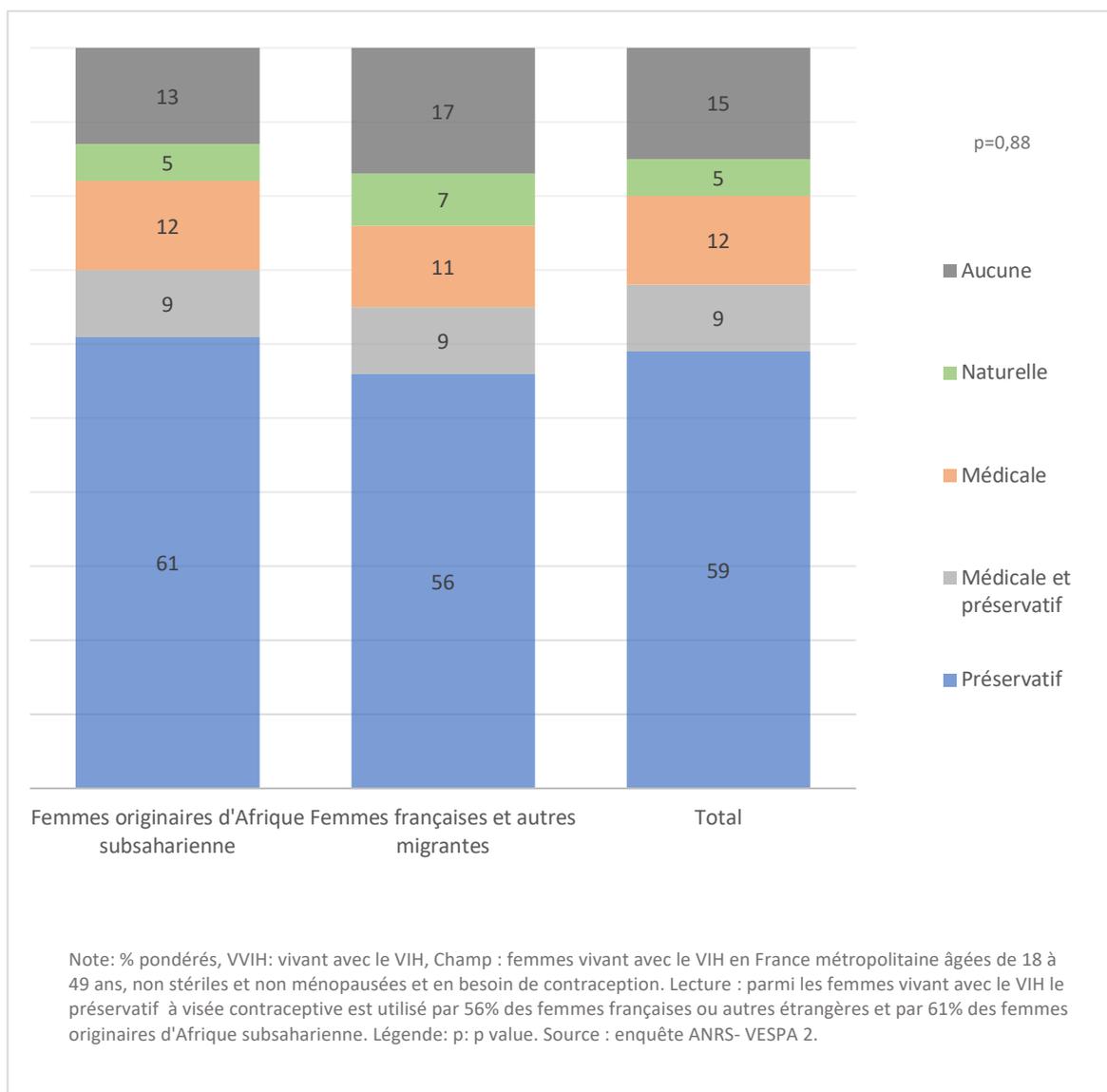
Note : ^a pourcentage pondérés en colonne ; ^b *p*-valeur test de Chi-2; AsS : Afrique Sub-saharienne

Champ : femmes vivant avec le VIH en France métropolitaine âgées de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées et en besoin de contraception. *Lecture* : parmi les 174 femmes vivant avec le VIH et originaires d'AsS 13,7% ne sont pas en couple, 12% ont un partenaire séroconcordant et 74.3% est en couple avec un partenaire séronégatif ou de sérologie inconnue

b) Distribution des méthodes contraceptives

Dans l'ensemble, 58.8% des femmes interrogées ont déclaré utiliser le préservatif comme méthode contraceptive principale, 20.5% des femmes des méthodes médicales dont 8.8% associées au préservatif. Les méthodes traditionnelles ont été rapportées par 5.6% des participantes et 15.1% des femmes a déclaré n'utiliser aucune méthode contraceptive, un total de 20.7% des femmes n'utilise aucune contraception moderne. La répartition de l'utilisation des méthodes contraceptives ne diffèrait pas significativement selon le pays de naissance (Figure 21).

Figure 21 Distribution des méthodes contraceptives parmi les femmes VVIH en France selon leur origine (%) N=327.



c) Facteurs associés à l'absence de contraception

Le fait de ne pas utiliser de contraception moderne était associé à l'âge (plus fréquent chez les femmes de plus de 40 ans) et au fait de n'avoir que des partenaires sexuels occasionnels. Après ajustement sur l'ensemble des variables, l'association à la non satisfaction sexuelle retrouvée en analyse uni-variée n'était plus retrouvée (tableau 10). Aucune relation avec l'origine des participantes n'a été mise en évidence.

d) Facteurs associés à l'utilisation d'une contraception médicale

Parmi toutes les femmes ayant déclaré utiliser une méthode contraceptive moderne (n=266), 25.9% utilisaient des méthodes médicales et 74.1% utilisaient uniquement des préservatifs. Parmi les femmes d'Afrique subsaharienne, l'utilisation des méthodes médicales plutôt que le préservatif était associée (à la fois dans les analyses uni- et multivariées) avec un âge inférieur à 40 ans, et au fait d'avoir au moins un enfant. L'augmentation de la fréquence d'utilisation des méthodes médicales chez les femmes ayant un emploi n'était plus significatif après ajustement. Aucune association avec d'autres variables n'a été observée (tableau 11). Parmi les femmes françaises et autres migrantes, l'utilisation des méthodes médicales n'était pas associée à l'âge et était plus fréquente chez les femmes ayant un partenariat stable [OR 4.5, IC95% 1.2-17.2], mais cette association n'était pas significative en analyse multivariée (p = 0.10). La fréquence accrue d'utilisation de la contraception médicale chez les femmes ayant des enfants et parmi les personnes sévèrement démunies matériellement n'était plus significative dans les modèles multivariés (tableau 12). Dans les deux groupes, clairement, le niveau d'éducation, le degré de privation matérielle, le fait de disposer d'une mutuelle, le fait d'être sous traitement antirétroviral, d'être à risque cardiovasculaire et enfin la visite dans l'année chez le gynécologue n'étaient pas associés à la méthode contraceptive adoptée.

Tableau 10. Facteurs associés à l'absence de contraception moderne (méthodes naturelles ou aucune méthode) comparé à l'utilisation de méthodes modernes (pilule, implant, injection, DIU, stérilisation tubaire, préservatif) parmi l'ensemble des femmes VVIH en besoin de contraception en France métropolitaine. Enquête ANRS-VESPA2

	N=327	% ^a	Absence de contraception moderne vs. Contraception moderne				p	ORa	[IC 95%]	p
			OR	[IC 95%]	p					
Origine géographique						0.30			0.88	
Françaises et autres migrantes	153	24.2%	1.46	[0.70-3.07]			1.06	[0.42-2.68]		
Femmes originaires AsS	174	17.8%	1				1			
Âge à l'enquête						0.12			0.09	
18-29 ans	35	23.8%	1.99	[0.59-6.66]			1.36	[0.33-5.54]		
30-39 ans	134	13.6%	1				1			
40-49 ans	158	25.7%	2.20	[1.01-4.80]			2.24	[1.11-6.20]		
Avoir un enfant						0.50			0.66	
Non	69	25.6%	1				1			
Oui	258	19.6%	0.80	[0.41-1.54]			0.90	[0.57-1.43]		
Etre en couple						0.001			0.001	
Non	52	58.6 %	9.22	[3.9-21.3]			10.11	[4.32-23.6]		
Oui	275	16.3%	1				1			
Satisfaction dans sa vie sexuelle						0.049			0.36	
Bonne ou moins que bonne	278	93.3%	2.45	[1.00-5.99]			1.56	[0.59-4.16]		
Très satisfaite	49	6.6%	1				1			
Niveau d'étude						0.21				
Inférieur au secondaire	233	21.7%	1.74	[0.71-4.23]						
Secondaire ou plus	94	17.9%	1							
Avoir un emploi						0.36				
Non	168	23.3%	1.35	[0.69-2.65]						
Oui	159	18.3%	1							
Privation matérielle sévère						0.27				
Non	210	24.3%	1							
Oui	117	20.8%	1.10	[0.53-2.27]						
Complémentaire santé						0.15				
Non	123	29.9%	1.77	[0.79-3.9]						
Oui	204	18.7%	1							
Avoir eu une consultation de gynécologie dans l'année						0.42				
Non	73	23.0%	1.42	[0.58-3.51]						
Oui	254	20.0%	1							
Traitement antirétroviral en cours						0.36				
Non	37	27.9%	1.58	[0.57-4.31]						
Oui	290	19.7%	1							
Risque cardiovasculaire						0.17				
Non	288	18.9%	1							
Oui	39	30.8%	2.14	[0.69-6.62]						

Note: ^a pourcentage pondérés en ligne ; AsS Afrique subsaharienne ; OR : Odds Ratio ; ORa : Odds Ratio ajusté sur l'âge ; [IC 95%]: intervalle de confiance à 95% *Champ* : femmes vivant avec le VIH en France métropolitaine âgées de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées et en besoin de contraception. *Lecture* : parmi les femmes vivant avec le VIH françaises ou autres étrangères, 24.2% n'utilise pas de contraception moderne ce qui correspond à un OR de 1.46 par rapport aux femmes originaires d'AsS. Après ajustement sur l'âge, le fait d'avoir un enfant ou plus, d'être en couple et la satisfaction sexuelle, l'OR retombe à 1.06, aucune de ces valeurs n'est statistiquement significative au seuil de 5%.

Tableau 11 :Facteurs associés à l'utilisation de la contraception médicale versus le préservatif parmi les femmes originaires d'Afrique subsaharienne en France métropolitaine et en besoin de contraception. Enquête ANRS- VESPA 2 (N=146)

	Contraception médicale vs. préservatif						
	N=146	OR	[IC 95%]	P	ORa	[IC 95%]	P
Âge à l'enquête				0.03			0.00
				7			1
18-29 ans	18	2.35	[0.70-7.88]		16.39	[2.77-97.01]	
30-39 ans	83	1			1		
40-49 ans	45	0.39	[1.13-1.22]		0.25	[0.07-0.85]	
Avoir un enfant				0.00			0.00
Non	17	1		1	1		1
Oui	129	3.75	[1.75-8.04]		31.43	[5.56-177.69]	
Etre en couple				0.79			
Non	13	1					
Oui	133	1.20	[0.28-5.18]				
Satisfaction dans sa vie sexuelle				0.89			
Bonne ou moins que bonne	126	1					
Très satisfaite	20	1.70	[0.54-5.31]				
Niveau d'étude				0.43			
Inférieur au secondaire	112	1					
Secondaire ou plus	34	1.46	[0.56-3.80]				
Avoir un emploi				0.05			0.66
Non	71	1			1		
Oui	75	2.36	[0.99-5.61]		1.26	[0.17-1.82]	
Privation matérielle sévère				0.50			
Non	84	1					
Oui	62	1.41	[0.50-3.97]				
Complémentaire santé				0.13			0.34
Non	67	1			1		
Oui	75	0.52	[0.22-1.22]		0.57	[0.17-1.82]	
Avoir eu une consultation de gynécologie dans l'année				0.83			
Non	35	1					
Oui	111	0.87	[0.25-2.98]				
Traitement antirétroviral en cours				0.82			
Non	22	1					
Oui	124	1.12	[0.37-3.37]				
Risque cardiovasculaire				0.34			
Non	124	1.25	[0.32-4.82]				
Oui	18	1					

Note: OR : Odds Ratio ; ORa : Odds Ratio ajusté sur l'âge; [IC 95%]: intervalle de confiance à 95%

Champ : femmes d'origine d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH en France métropolitaine âgées de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées et en besoin de contraception. Lecture : parmi les femmes vivant avec le VIH originaires d'Afrique subsaharienne, avoir un enfant est associé positivement à la contraception médicale comparativement au préservatif (OR à 3.75 statistiquement significatif au seuil de 5%). Après ajustement sur l'âge, le fait d'être en couple, d'avoir un emploi et une mutuelle, l'association reste positive (OR 31.43) et statistiquement significative.

Tableau 12. Facteurs associés à l'utilisation de la contraception médicale versus le préservatif parmi les femmes françaises et autres migrantes VVIH en France métropolitaine et en besoin de contraception. Enquête ANRS- VESPA 2 (N=120)

	Contraception médicale vs. préservatif						
	N=120	OR	[IC 95%]	P	ORa	[IC 95%]	P
Âge à l'enquête				0.31			0.45
18-29 ans	9	0.28	[0.04-1.90]		0.35	[0.02-4.68]	
30-39 ans	34	1			1		
40-49 ans	77	0.51	[0.18-1.47]		0.51	[0.17-1.46]	
Avoir un enfant				0.10			0.14
Non	39	1			1		
Oui	81	1.65	[0.90-3.04]		1.78	[0.81-3.91]	
Etre en couple				0.02			0.10
Non	11	1			1		
Oui	109	4.51	[1.2-17.2]		3.61	[0.76-16.99]	
Satisfaction dans sa vie sexuelle				0.34			
Bonne ou moins que bonne	98	1					
Très satisfaite	22	1.67	[0.52-5.29]				
Niveau d'étude				0.86			
Inférieur au secondaire	76	1					
Secondaire ou plus	44	0.40	[0.14-1.14]				
Avoir un emploi				0.91			
Non	57	1					
Oui	63	0.94	[0.36-2.47]				
Privation matérielle sévère				0.001			0.11
Non	88	1			1		
Oui	32	3.3	[1.4-9.8]		2.57	[0.79-8.32]	
Complémentaire santé				0.91			
Non	29	1					
Oui	90	0.92	[0.29-2.94]				
Avoir eu une consultation de gynécologie dans l'année				0.83			
Non	21	1					
Oui	99	0.87	[0.26-2.89]				
Traitement antirétroviral en cours				0.93			
Non	8	1					
Oui	112	0.92	[0.16-5.25]				
Risque cardiovasculaire				0.37			
Non	11	2.42	[0.33-17.70]				
Oui	109	1					

Note: OR : Odds Ratio ; ORa : Odds Ratio ajusté sur l'âge; [IC 95%]: intervalle de confiance à 95%

Champ : femmes françaises et autres migrantes vivant avec le VIH en France métropolitaine âgées de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées et en besoin de contraception.

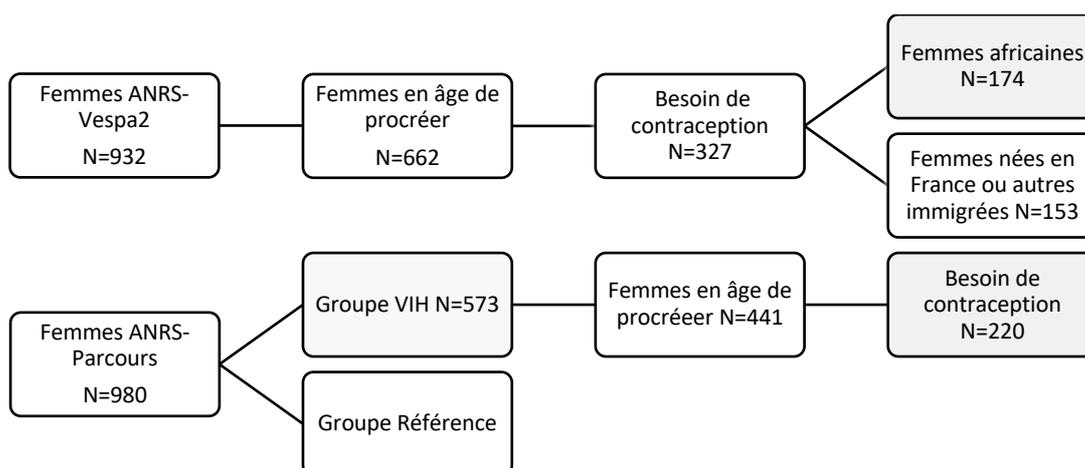
Lecture : parmi les femmes vivant avec le VIH françaises ou autres étrangères, être en couple est associé positivement à la contraception médicale comparativement au préservatif (OR à 4.51 statistiquement significatif au seuil de 5%). Après ajustement sur l'âge, le fait d'avoir un enfant et la privation matérielle sévère, l'association reste positive mais n'est plus statistiquement significative (OR 3.61).

VII.5. Comparaison des prévalences contraceptives des femmes vivant avec le VIH et originaires d'Afrique subsaharienne enquêtées dans *Parcours* et dans *Vespa2*

VII.5.1 Méthodes

Les données utilisées pour ce sous chapitre proviennent de l'enquête *Parcours* et de l'enquête *Vespa2* décrites dans la partie Méthodes. Nous nous sommes intéressés dans ce chapitre aux prévalences contraceptives décrites dans les deux sous chapitres précédents auprès des femmes vivant avec le VIH et originaires d'Afrique subsaharienne.

Figure 22 Diagramme des échantillons étudiés et des effectifs correspondants

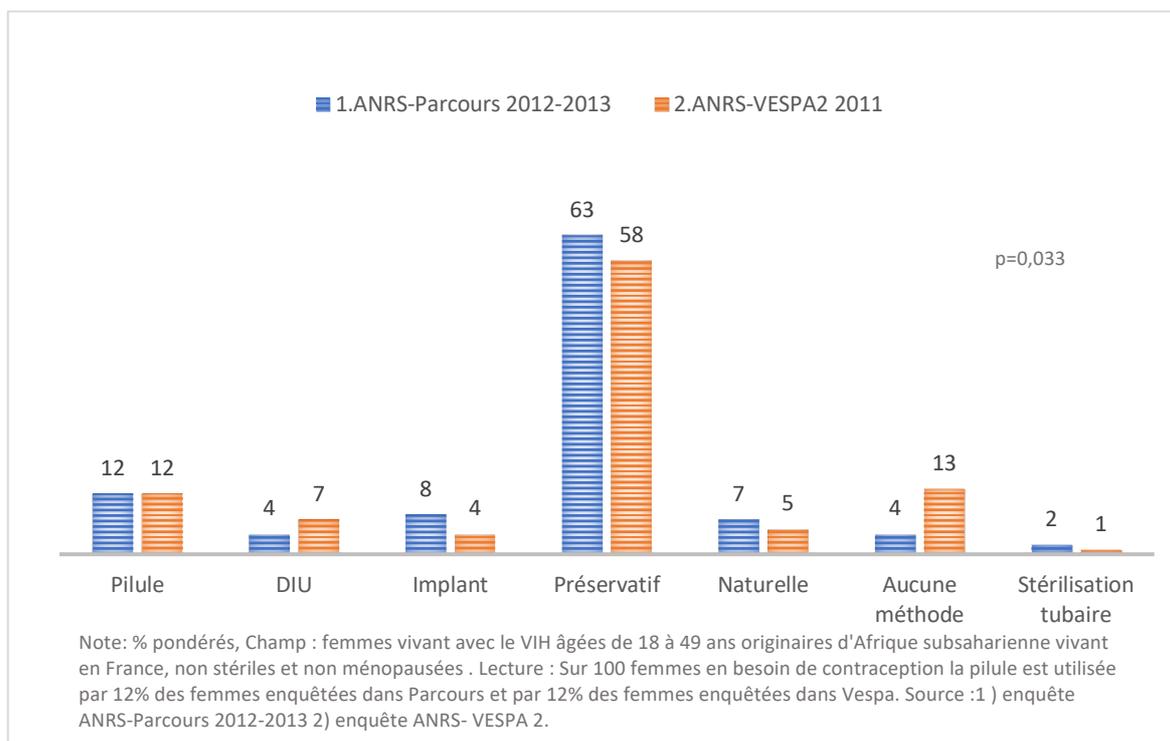


VII.5.2 Résultats

Les femmes du groupe femmes vivant avec le VIH de *Parcours* et les femmes originaires d'Afrique subsaharienne de *Vespa2* se distinguent sur plusieurs points. Si elles ont sensiblement le même âge médian (entre 38-39 ans) et des taux proches de célibat (17.5% et 13.7% respectivement), les femmes de *Parcours* sont plus nombreuses à avoir eu au moins un enfant (84.7% contre 68.9% pour *Vespa2*) et à avoir un niveau d'étude supérieur (25% contre 17.6% de femmes dans *Vespa2*).

Les résultats de la distribution des méthodes contraceptives sont toutefois très proches. La prédominance du préservatif à visée contraceptive est retrouvée dans les deux enquêtes à des taux similaires, avoisinant 60%. Parmi les méthodes médicales, la pilule est la contraception majoritaire et est utilisée par 12% des femmes, quelle que soit l'étude. La proportion de femmes sous DIU et sous implant diffère très légèrement entre les deux études, avec plus de DIU pour les femmes enquêtées dans *Vespa2* et plus d'implants pour les femmes enquêtées dans *Parcours*. Il ne reste pas moins que ces méthodes sont minoritaires et concernent moins d'une femme sur dix. Il y a davantage de femmes sans aucune méthode parmi les femmes enquêtées dans *Vespa2* (13% versus 4% dans *Parcours*).

Figure 23. Distribution (%) des méthodes contraceptives parmi les femmes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH en France- selon 1) Enquête ANRS-Parcours 2012-2013 (N=135) et 2) Enquête ANRS-Vespa2 2011 (N=174)



VII.6. Discussion générale sur ce chapitre

VII.6.1 Représentativité régionale et nationale : des résultats qui vont dans le même sens

Une des originalités de notre travail tient au fait que nous disposons de deux études s'intéressant par recoupement à une même population. *Vespa2* est une enquête représentative de la population de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH en France dont une part d'immigrés originaires d'Afrique subsaharienne, alors que *Parcours* a pour objectif de décrire la population d'immigrés d'Afrique subsaharienne dont les personnes vivant avec le VIH. Il est aussi intéressant de noter que *Vespa2* a une échelle de représentativité nationale, tandis que *Parcours* a été menée en Ile de France, où résident cependant la majorité des immigrés visés. Ainsi, comparer ces deux études, c'est aussi mettre en perspective ces deux échelles.

VII.6.2 Résultats communs aux deux enquêtes: une large prédominance du préservatif qui ne peut pas s'expliquer par un moindre accès aux soins

Malgré les études et les recommandations encourageant l'utilisation de la contraception hormonale et le DIU chez les femmes sous traitement antirétroviral, les données de *Parcours* comme de *Vespa2* montrent que le préservatif est la principale méthode de contraception parmi les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne et vivant avec le VIH en France (63% et 58% respectivement) alors que cette méthode n'est utilisée que parmi 12% des femmes de la population générale française.³

L'étude des facteurs associés à l'utilisation de la contraception médicale dans chacune des enquêtes a en commun de montrer que les barrières d'accès à la contraception médicale ne résident pas dans une moins bonne accessibilité aux soins puisque la grande majorité des femmes a une couverture maladie (de base et complémentaire) ni dans la possibilité de consulter un médecin (médecin traitant ou un gynécologue). Les barrières n'apparaissent pas non plus dans *Vespa2*, telles que nous avons pu les mesurer, liées à la prise d'un traitement

³ Données de l'enquête Fécond 2010

antirétroviral ou dans le fait d'avoir des facteurs de risque cardiovasculaires et il est possible que la non utilisation des méthodes médicales s'explique par d'autres raisons.

Toutefois dans une enquête comme dans l'autre, pour les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne, un âge inférieur à 40ans et le fait d'avoir un ou des enfants (et/ou une grossesse en France) favorisent l'utilisation d'une contraception hautement efficace, suggérant que les facteurs génésiques constituent dans cette population un levier dans l'amélioration de la couverture contraceptive médicale .

VII.6.3 Parcours : une prédominance du préservatif non justifiée par l'origine africaine

La prédominance du préservatif parmi les immigrées vivant avec le VIH ne peut pas s'expliquer par le fait que ces femmes proviennent de régions à faible prévalence contraceptive, puisque la comparaison au groupe de référence montre que l'adoption de la contraception médicale est forte chez les immigrées non infectées. Cette différence ne tient pas non plus aux différences de structure entre la population vivant et ne vivant pas avec le VIH, puisque toutes choses égales par ailleurs, la probabilité d'utiliser une contraception médicale est plus que divisée par deux en cas de séropositivité VIH [RPa 0.4, IC95% 0.3-0.5].

VII.6.4 Vespa2 : des pratiques contraceptives semblables pour toutes les femmes séropositives en France (femmes nées en France ou pas)

Quel que soit leur origine, es femmes vivant avec le VIH en France (nées ou non en France) utilisent majoritairement le préservatif. Un autre point souligné par notre travail est que l'absence de contraception moderne (préservatif ou méthodes médicales) ne diffère pas entre les femmes françaises et les femmes africaines vivant avec le VIH, bien que sa fréquence soit plus élevée qu'en population générale (20.7% contre 9%⁴ respectivement). Ce dernier résultat confirme deux choses, d'une part la tendance à l'harmonisation des pratiques contraceptives entre les femmes immigrées et les femmes de la population majoritaire, et d'autre part un

⁴ Données de l'enquête Fécond 2010.

précarité contraceptive induite par le VIH puisqu'une femme sur cinq n'utilise aucune contraception moderne alors même qu'elle est active sexuellement.

VII.6.5 Le VIH, une condition qui impacte la vie contraceptive en France et ailleurs

Conformément aux études antérieures menées dans divers pays, la distribution des méthodes contraceptives diffère nettement entre les femmes séropositives par rapport aux femmes de la population majoritaire, avec une forte prédominance de l'utilisation du préservatif et une très faible utilisation des méthodes pourtant très efficaces que sont la contraception hormonale orale ou le stérilet (Heard *et al.*, 2004; Whiteman *et al.*, 2009; Saxton *et al.*, 2010; Kancheva Landolt, Lakhonphon & Ananworanich, 2011; Sun *et al.*, 2012).

Dans *Vespa2*, la proportion de femmes déclarant à la fois contraception médicale et préservatif comme méthode de contraception était faible, et dans la même fourchette que celle signalée dans d'autres pays occidentaux: 8.8% dans l'étude *Vespa2* versus 12% dans un échantillon de femmes européennes (Nostlinger *et al.*, 2010)[12] et 16% dans une étude auprès d'adolescentes et de jeunes femmes séropositives aux États-Unis (Carten *et al.*, 2012).

Parmi les femmes séropositives, le taux élevé de grossesses non désirées observé dans certaines études sur le sujet remet en cause l'efficacité du préservatif comme principale méthode contraceptive (Peretti-Watel, Spire & Groupe ANRS-Vespa2, 2008; Loutfy *et al.*, 2013)[13]. En effet la crainte de transmettre du VIH aux partenaires sexuels était à cette période au cœur des préoccupations sexuelles et reproductives pour les personnes vivant avec le VIH (Steiner, Finocchiaro-Kessler & Dariotis, 2013). Pour les personnes vivant avec le VIH, en particulier les femmes, l'utilisation irrégulière du préservatif est liée aux difficultés de divulgation/révélation du statut VIH, aux normes de genre et à la recherche de l'intimité dans la sexualité, plutôt qu'à la seule sous-estimation du risque de transmission (Bajos & Marquet, 2000; Kendall, 2013). Dans les années 1980, face au besoin urgent de faire face à l'épidémie émergente de sida les préservatifs ont été promus en tant que méthode contraceptive et préventive pour tous (« all in one »), y compris chez les personnes vivant avec le VIH. Le plaidoyer pour la double protection, utilisant à la fois une contraception efficace et des préservatifs pour les personnes vivant avec le VIH, est apparu beaucoup plus tard, en 2008 au

Royaume-Uni (Fakoya *et al.*, 2008), 2012 aux États-Unis (WHO, 2012) et seulement en 2013 en France (Morlat, 2013).

Plusieurs études ont noté le manque de discussion ouverte initiée par les spécialistes des soins du VIH sur les questions de santé sexuelle et reproductive, la plupart des discussions étant initiées par le patient (Finocchario-Kessler *et al.*, 2010; Nostlinger *et al.*, 2010; Steiner, Finocchario-Kessler & Dariotis, 2013). Les auteurs de ces études ont suggéré que les médecins infectiologues avaient de fait un manque de compétences pour traiter correctement les problèmes de santé sexuelle et reproductive (Steiner, Finocchario-Kessler & Dariotis, 2013). Cependant, dans *Vespa2*, malgré un recours fréquent aux gynécologues l'utilisation de la contraception médicale reste basse, alors même que les gynécologues sont les principaux prescripteurs de contraception en population générale (69% des femmes sont suivies par un gynécologue pour leur contraception) (Bajos *et al.*, 2012). Comme les préférences de ces femmes en matière contraceptive sont mal documentées à ce jour, il n'est pas possible de savoir dans quelle mesure l'utilisation du préservatif correspond à leurs attentes. A ce jour, les attentes des femmes vivant avec le VIH concernant leurs préférences en matière de contraception sont encore mal documentées. Le droit et la possibilité pour les femmes séropositives de choisir parmi toute la gamme des options contraceptives peuvent sembler non encore approuvés par les femmes séropositives elles-mêmes: à titre d'illustration, le mot "contraception" n'apparaissait pas du tout dans la transcription complète d'un atelier de deux jours organisé par et pour les femmes vivant avec le VIH sur leurs besoins sexuels non satisfaits en décembre 2012 (Paris-2012). En 2017 le sujet de la contraception restait très marginal dans le cadre de la conférence de l'IAS (International AIDS Society) suggérant que le sujet n'est toujours pas au centre des recherches actuelles.

Si dans les toutes dernières années, la non transmissibilité du virus par des personnes traitées par les ARV est bien démontrée (Donnell *et al.*, 2010; Rodger *et al.*, 2016) à l'époque de l'enquête *Parcours* et de *Vespa2*, le Swiss Statement de 2008 qui reconnaît le très faible risque de transmission par les personnes efficacement traitées pouvait être encore contesté, mal diffusé. En effet, la possibilité de non utilisation du préservatif par une personne séropositive traitée n'avait pas fait l'objet d'une large information y compris de la part des médecins spécialistes du VIH auprès des personnes suivies. L'évolution de ces connaissances posent donc encore plus aujourd'hui la question de la nécessité d'une contraception efficace, puisque la fréquence d'utilisation du préservatif risque de diminuer et la survenue de grossesses non

désirées augmenter. Notre travail montre que les avancées thérapeutiques depuis les années 90 et la levée des restrictions pour l'usage des contraceptifs hormonaux ou du DIU n'ont pas encore permis une large utilisation des méthodes contraceptives efficaces. Avec les clarifications faites dans les Recommandations d'experts sur la prise en charge du VIH (rapport Morlat 2013 puis 2018) sur l'importance et la sécurité du recours à la contraception efficace, il serait intéressant d'étudier si les pratiques contraceptives ont évolué. « Il est nécessaire que chaque femme puisse choisir le moyen le plus adapté en fonction de l'efficacité, les risques ou contre-indications, l'acceptabilité et le prix, ce qui évolue au cours de son suivi et de sa vie affective et sexuelle. La question des interactions des contraceptifs hormonaux avec certains antirétroviraux est un des éléments pour le choix. En effet, de telles interactions ne semblent pas réduire l'efficacité du traitement antirétroviral, mais pourraient dans certains cas diminuer l'efficacité des contraceptifs, ce qui toutefois a été peu documenté voire peu étudié » (Rapport Morlat 2018).

VIII. DISCUSSION GENERALE

VIII.1. Principaux résultats

La première partie de notre travail a permis de montrer qu'arriver en France pour retrouver son conjoint et faire famille, ou venir en France de façon autonome pour tenter sa chance, étudier ou pour fuir des menaces, dessinent des parcours différents dans la temporalité du besoin de la contraception.

Durant les premières années qui suivent l'arrivée, la contraception ne concerne qu'une minorité de femmes puisque les femmes venues pour raisons familiales sont majoritairement enceintes ou à la recherche d'une grossesse, tandis qu'une forte proportion de femmes ne sont pas actives sexuellement. La naissance des enfants se fait ainsi selon un calendrier qui varie selon le motif de la migration, l'arrivée des enfants étant plus rapide pour les femmes venues rejoindre leur conjoint que pour les autres femmes. Le besoin de contraception augmente fortement après les toutes premières années de présence avec le début ou la reprise de l'activité sexuelle, la construction des unions, puis plus tard lorsque les femmes ont atteint le nombre d'enfants qu'elles souhaitaient avoir.

L'étude des pratiques contraceptives a relevé trois points essentiels.

Le premier est celui d'une couverture contraceptive très similaire à celle de la population majoritaire, avec une utilisation très marquée des méthodes contraceptives très efficaces, et peu de femmes sans contraception moderne. Ainsi l'adhésion des femmes africaines au modèle contraceptif existant en France apparaît très forte et traduit à la fois l'accès facilité à la contraception et leur capacité à se saisir de cette ressource pour maîtriser leur fécondité.

Le deuxième point saillant est que cette adoption semble renforcée par le temps passé en France mais aussi par les expériences liées à la grossesse, qui viennent augmenter l'utilisation des méthodes médicales mais aussi des méthodes de longue durée d'action, en particulier de l'implant.

Enfin, le troisième point marquant mis en évidence dans la dernière partie de notre travail, est que la situation contraceptive de l'ensemble des femmes vivant avec le VIH est préoccupante en France, tant l'injonction au préservatif domine, malgré les recommandations incitant à la promotion d'une double protection (contraception médicale et préservatif). Cette différence avec la population majoritaire française ne tient pas à l'origine des femmes puisque quel que soit leur origine, les femmes séropositives utilisent toutes majoritairement le préservatif. En France, les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne ont une probabilité diminuée de 60% d'utiliser des méthodes médicales lorsqu'elles vivent avec le VIH, même après prise en compte de l'âge et de la parité.

Quel que soit le statut vis à vis du VIH, les femmes qui utilisent une contraception médicale ont soit une meilleure santé perçue, soit une plus grande satisfaction vis à vis de leur vie sexuelle, laissant penser que l'usage d'une contraception efficace améliore la santé globale.

Pour terminer, notre étude a montré des limitations à l'usage de la contraception médicales. La nulliparité réduit de manière significative la probabilité d'utiliser des méthodes médicales tandis que la diversification des méthodes médicales semble conditionnée à l'expérience de la grossesse en France. La mesure de l'ancienneté du séjour nous a aussi permis de montrer qu'à âge et nombre d'enfant égal, les femmes installées depuis moins longtemps utilisent moins de contraception médicale que les autres femmes.

VIII.2. Étudier la santé sexuelle et reproductive : apports et limites des enquêtes épidémiologiques

Les enquêtes *Parcours* comme *Vespa2* ont l'originalité d'étudier grâce à des questionnaires adaptés aux populations ciblées les situations de vie, de santé, d'histoire migratoire pour *Parcours* et d'éclairer la situation présente dans plusieurs domaines (logement, emploi, vie génésique) de ces populations immigrés. Pour ces groupes, les informations disponibles au travers des enquêtes en population générale manquent de puissance et ne tiennent souvent pas compte, pour les immigrés, du passé migratoire et pour les personnes malades, des spécificités concernant leur maladie.

Par ailleurs, ces deux enquêtes présentent le grand avantage pour notre travail d'avoir eu d'emblée l'objectif de décrire selon des méthodes similaires la contraception.

VIII.2.1 Caractéristiques des échantillons

a) Profils sociodémographiques des participantes : en quoi les résultats sont-ils affectés par le mode de recrutement dans les services de santé?

Dans *Parcours* le choix des lieux d'enquête et des enquêtés avait pour objectif la meilleure représentation possible des immigrés originaires d'Afrique Subsaharienne en Ile de France dans les trois populations considérées (groupe VIH, groupe Hépatite B et groupe de référence). De manière générale une des critiques qui peut être faite à *Parcours* est d'avoir limité son enquête à l'Ile de France, et donc de ne pas être représentative de l'ensemble de la population vivant sur le territoire. Cependant, l'Île-de-France apparaît comme un terrain d'étude particulièrement riche puisqu'il compte 12 millions d'habitants (soit 20 % de la population française) et la part de personnes immigrées dans sa population (15 %) en fait la première région de résidence des immigrés vivant en France. L'Île de France regroupe aussi 60% des immigrés africains vivant en France dans leur diversité d'origine. Le mode de recrutement du groupe de référence peut aussi être discuté sur sa représentativité. L'équipe de *Parcours* ne disposait pas de base de donnée de référence pour identifier la population générale des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne en Ile de France. Si bien que le mode de recrutement a dû être créé. Le choix de recruter dans des structures de santé de médecine générale avait pour avantage de capter une population diversifiée pas forcément malade, puisqu'un certain nombre consultait pour des actes de prévention. Deuxièmement, le recrutement étant élargi aux centres de consultation pour les populations précaires (PASS et centres humanitaires), il a aussi tenu compte des personnes avec des difficultés financières ou de couverture maladie. Mais il est possible que malgré les efforts réalisés, les personnes qui consultent ces centres diffèrent de l'ensemble de la population que l'on cherche à représenter. Si bien que les personnes du groupe de référence final pourraient être par exemple en meilleure santé et moins précaires, ou au contraire en moins bonne santé et en plus grande difficulté, raison qui les aurait amenés vers les soins, en particulier dans de telles structures. Le mode de

recrutement ne permet pas de toucher les personnes qui consultent un généraliste en ville ni les personnes qui ne consultent jamais pour leur santé. Il est difficile d'estimer comment ce choix méthodologique affecte nos résultats. Cependant, la structure du groupe de référence est proche de la structure des immigrants subsahariens enquêtés dans le recensement de 2010 ce qui permet de penser que, néanmoins, nos résultats restent assez proches de la population que nous tentons de représenter⁵.

Le recrutement du groupe VIH pose moins de problème puisque le plan d'échantillonnage s'est calqué sur celui de l'enquête *Vespa2*, comme décrit ci-dessous.

Concernant, l'enquête *Vespa2*, elle a été construite dans un souci de représenter la diversité des populations vivant avec le VIH et suivies à l'hôpital. Une des forces majeures de cette enquête tient au fait que les modes de recrutement et de pondération de l'échantillon permettent d'extrapoler nos résultats à l'ensemble de la population vivant avec le VIH et suivie à l'hôpital en France. En 2011, les personnes vivant avec le VIH étaient suivies majoritairement à l'hôpital avec selon les recommandations au moins une visite par an pour un bilan hospitalier (Dray-Spira, Lert & Equipe Vespa2, 2013).

b) Taille des effectifs

La taille des groupes pour l'analyse des pratiques contraceptives dans chaque étude peut paraître faible au regard de la taille des échantillons disponibles dans les enquêtes en population générale. Dans *Parcours*, le groupe de référence n'incluait que 135 femmes en besoin de contraception et 255 femmes après inclusion du groupe VIH, soit un total de 355 femmes pour l'échantillon étendu aux deux groupes. Dans *Vespa2*, la taille de l'échantillon était légèrement plus grande puisque l'ensemble des femmes en besoin de contraception était au nombre de 327 femmes, dont la moitié originaire d'Afrique subsaharienne (N=153). Toutefois, il est important

⁵ La comparaison du groupe de référence aux données du recensement de 2010 montre qu'il y a parmi le groupe de référence, plus de résidents des départements 93 et 94 et moins des départements 75 et 92, plus de femmes (56, 5% dans *Parcours* vs 50,3% dans le recensement pour les mêmes départements) et un peu plus de personnes âgées de 50 ans ou plus (ce qui n'impacte donc pas notre échantillon d'étude).

de rappeler qu'enquêter sur une population minoritaire, qui est par définition moins volumineuse (en taille), implique forcément un changement d'échelle et des stratégies de recrutement particulières permettant de capter spécifiquement ces personnes.

En effet, dans l'enquête en population générale *Fécond 2010*, les femmes originaires d'Afrique Subsaharienne étaient seulement au nombre de 17, pour un échantillon global de plus de 1000 femmes en besoin de contraception.

Pour autant, la taille des groupes dans chaque étude impose des limites aux analyses statistiques. Dans *Parcours*, la taille de l'échantillon du groupe de référence a obligé à réduire l'analyse des facteurs associés aux méthodes contraceptives à un ajustement prenant en compte l'âge et la parité. Néanmoins, lorsque l'échantillon a été étendu au groupe VIH (N=355) et que celui-ci a pu être enrichi par d'autres variables, les résultats étaient sensiblement les mêmes qu'en analyse bivariée suggérant une bonne robustesse dans nos résultats.

Dans *Vespa2*, la stratification sur l'origine a entraîné une baisse de la puissance, et l'analyse des facteurs associés à la contraception médicale n'a pas permis une large analyse multivariée. Toutefois, nos résultats ont permis de montrer que si la proportion d'utilisation des méthodes médicales ne différait pas selon l'origine, les facteurs qui y étaient associés n'étaient pas de même nature (Tableau X en annexe).

La taille de nos effectifs a rendu délicate l'analyse des facteurs associés au recours à l'implant (seul) ce qui nous a amené à étudier les facteurs associés aux méthodes de longue durée d'action dans leur ensemble (implant et le DIU) pour gagner en puissance. Ce regroupement est cohérent dans la mesure où l'implant comme le DIU peuvent être prescrits pour une même raison : pallier à la prise quotidienne d'un médicament et donc favoriser (ou forcer) la compliance.

c) Sélection par l'immigration

Dans le cas des deux enquêtes, *Parcours* comme *Vespa2*, les personnes enquêtées sont forcément des immigrés qui sont en France, qui n'ont pas été expulsés, qui n'ont pas choisi de migrer ailleurs, ou de revenir dans leur pays de départ. Ce flux de départ est mal connu. Pourtant certains des immigrés retournent au pays, pour deux raisons principales. Premièrement, le contexte socioéconomique et politique peut s'améliorer dans les pays

d'origine. A l'inverse, plus la situation se détériore dans le pays d'origine, moins les migrants sont enclins à y retourner. Deuxièmement, la réglementation des étrangers peut favoriser les allers-retours ou au contraire transformer le retour au pays en « option hasardeuse : en cas d'échec de leur réinsertion dans le pays d'origine, les migrants savent qu'il leur sera difficile de repartir » (Flahaux, 2015).

Cette sélection par l'immigration a tendance à mettre en lumière les femmes qui sont restées en France et qui sont par conséquent plus susceptibles de pratiquer les normes contraceptives en vigueur.

VIII.2.2 Les données recueillies

a) Originalité des enquêtes

L'enquête *Parcours*, enquête transversale avec un questionnaire biographique, offre une chronologie détaillée pour décrire la vie génésique des femmes après l'arrivée en France, et leur besoin de contraception tel qu'il a été défini dans les études. *Vespa2* offre pour sa part des données détaillées sur les conditions de vie et la situation sociale des personnes vivant avec le VIH, données non disponibles dans les enquêtes en population générale.

Les données recueillies dans ces deux enquêtes, grâce aux nombreuses thématiques abordées représentent des bases de données uniques pour décrire en détail la situation de vie des individus vivant avec le VIH et des immigrants originaires d'Afrique Subsaharienne. En effet, les études de cohortes, quand elles comportent des informations sur le mode de vie, les recueillent par des auto-questionnaires plus courts et plus simples.

b) Avantages et limites de la question standard sur les pratiques contraceptives

- Une question qui a été perfectionnée dans le temps

Bien que l'on interroge des individus sur leurs pratiques, c'est à dire sur des faits et non des opinions, l'information sur la contraception n'est pas facile à recueillir pour un certain nombre de raisons: il s'agit de questions concernant la vie intime des femmes enquêtées, la formulation

retenue pour cette demande d'information est parfois mal adaptée au public auquel elle s'adresse, et les pratiques contraceptives peuvent revêtir des formes relativement complexes.

Une des difficultés principales des enquêtes sur la contraception provient de la mauvaise compréhension ou de la déformation par les personnes interrogées des questions formulées par les enquêteurs. Pour une grande partie de la population « contraception » équivaut à « contraception médicale » (pilule ou stérilet) ; ce qui explique que dans les enquêtes, à la question « utilisez-vous un moyen de contraception, si oui lequel ? », l'usage des méthodes naturelles soit sous-estimé. Pour pallier à ce type de biais des analyses spécifiques réalisées sur l'enquête *Fécondité* de 1978 avaient montré la nécessité d'un mode de questionnement ouvert sur la contraception, du type « Vous-même, ou votre partenaire, utilisez-vous actuellement une méthode pour éviter une grossesse ? », complété par une série de questions de contrôle en cas de réponse négative (Sardon, 1986).

Prendre en compte ces particularités a permis d'améliorer au cours du temps la manière d'interroger les personnes sur leurs pratiques contraceptives. Ainsi, l'utilisation de la *question standard* telle qu'elle a été posée dans *Fécond 2010* puis dans *Parcours* et dans *Vespa 2* comporte plusieurs avantages : « Actuellement utilisez-vous un moyen pour éviter une grossesse ». « si non, pour quelle raison ? ». Cette question qui n'utilise pas le terme contraception, diminue le risque de confusion entre contraception et pilule ou DIU. Puis, en cas de réponse négative, l'explication peut permettre de retrouver des femmes qui auraient dit « non » parce qu'elles utiliseraient des méthodes naturelles. Elle est ouverte, l'enquêteur note alors les méthodes évoquées sans les énoncer, évitant ainsi des biais de classement.

- Malgré ces avantages cette question comporte deux ambiguïtés

La période de référence n'est pas précisée, le terme « actuellement » signifiait-il « ce mois-ci » ou « en ce moment précisément »?

On ne sait pas si le « vous » concerne la seule personne interrogée ou le couple dont fait éventuellement partie cette personne

La littérature montre que ces ambiguïtés ne faussent que peu les résultats puisque d'une part, l'étude des comparaisons entre déclarants (hommes/femmes) et entre personnes en couple

(oui/non), a montré une bonne concordance dans les réponses (De Guibert-Lantoine & Leridon, 1998), ainsi, que le « vous » soit compris comme le « soi » ou « le couple » les réponses sont sensiblement les mêmes. D'autre part, la période d'étude étant le cycle menstruel, que le « actuellement » représente le jour ou la période entourant l'enquête, cela paraît peu différent. Dans les enquêtes transversales, la période à laquelle on souhaite se référer pour la description de la contraception a été historiquement celle de l'instant donné, définie comme la méthode utilisée pendant le cycle au moment de l'enquête. Historiquement cette mesure a été privilégiée car elle permettait d'obtenir un bon accord avec les estimations déduites des ventes de plaquettes de pilule et des autres méthodes contraceptives (Sardon, 1986). Cette question est considérée comme fiable en terme de recueil des pratiques contraceptives, même s'il est possible qu'elle ne suffise pas à obtenir une information parfaite sur les pratiques contraceptives.

La documentation de l'usage de la contraception n'a été recueillie que au moment des enquêtes, et on ne connaît pas les déterminants qui ont fait débiter (ou bien interrompre) une méthode. Enfin nous ne savons pas de manière directe si les personnes sont satisfaites de leur méthode. Mais une collecte rétrospective des méthodes utilisées et des périodes d'utilisation serait longue, et sa fiabilité incertaine.

- Comparabilité des questionnaires en matière contraceptive

La richesse de nos données tient aussi à la comparabilité de nos deux enquêtes avec la population générale qui a été pensée d'emblée grâce à l'utilisation de la *question standard* sur l'usage d'une contraception. De telle sorte que les situations reproductives et le type de contraceptif utilisé correspondent à une même définition.

Dans *Parcours* comme dans *Vespa2* cette question a été abordée séparément de la question de l'utilisation du préservatif comme méthode de prévention des IST au cours des relations sexuelles de manière à limiter les biais dans la déclaration de la contraception.

c) La catégorisation des méthodes de contraception est-elle assez précise ?

Nous avons pris le parti de focaliser une partie de notre travail sur le recours à la contraception médicale car il s'agit là du premier enjeu en terme de santé publique, posée en ces termes : *de quelle manière cette population accède-t-elle aux méthodes les plus efficaces (quelle que soit la méthode) ?*. En pratique quotidienne, le prescripteur se doit d'apprécier pour chaque femme la balance bénéfice-risque de chaque méthode contraceptive, puis de proposer la contraception la plus adaptée. Il est exceptionnel, qu'après réflexion et en dehors d'une demande explicite de la patiente, il n'y ait aucune méthode médicale qui puisse lui convenir, de telle sorte qu'analyser toutes les méthodes médicales confondues permet de surmonter la question des contre-indications de nature individuelles.

Cependant, voir les méthodes plus détail permet de révéler des spécificités qui ont tout leur intérêt. Ainsi, si l'usage de la contraception médicale apparaît comme très bonne dans notre étude, elle cache l'importance du recours à l'implant. De la même manière, la documentation sur le type de pilule (combinée ou progestative, 1^{ère}-2^{ème}-3^{ème} ou 4^{ème} génération) ou le type de DIU utilisé aurait pu nous apporter des précisions intéressantes, en particulier montrer certaines inégalités sociales dans le type de pilule utilisée, mais nous ne disposions malheureusement pas de ce niveau de détail.

En effet, le choix d'une pilule minimisant les effets adverses (prise de poids, pilosité, métrorragies, sensation de jambes lourdes, entre autres) est apparu dans les études associé aux caractéristiques sociales (Bajos *et al.*, 2004). Depuis la mise sur le marché des pilules de 1^{ère} génération en 1967 suivies rapidement des pilules de 2^{ème} génération (moins dosées en œstrogènes), les pilules n'ont cessé d'évoluer pour pallier à certains des effets secondaires induits. En 1982 les pilules de 3^{ème} génération contenaient moins de progestérone et par conséquent moins d'effets androgéniques (prise de poids, pilosité, acné) et étaient mieux tolérées. Ces dernières pilules étaient davantage utilisées par les femmes des catégories sociales favorisées ; soit parce que ces femmes étaient mieux informées ou soucieuses des effets secondaires, soit parce qu'elles consultaient davantage les gynécologues pour la contraception. En effet les spécialistes prescrivaient davantage les méthodes les plus modernes aux femmes appartenant à un groupe social favorisé à différence des généralistes (Bajos *et al.*, 2004).

Enfin, les pilules progestatives comme l'implant représentent des alternatives contraceptives pour les femmes qui ont des contre-indications à la prise d'œstrogènes contenus dans les pilules combinées (HAS, 2013). Connaître le type de pilule utilisée (progestative ou combinée) nous aurait permis d'étayer les motivations dans l'usage de l'implant, à savoir plutôt de nature

médicale (contre-indication aux œstrogènes) ou bien, comme il est le plus probable, de nature comportementale (compliance à la prise régulière).

VIII.2.3 Mode de recueil des informations

a) Le biais de désirabilité sociale dans le recueil des méthodes utilisées

Le biais de désirabilité sociale correspond à une tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société, et se caractérise par l'envie manifestée par le répondant de gagner une évaluation positive ; ils sont favorisés par des questions touchant à l'intime mais aussi par la présence physique de l'enquêteur (Crowne & Marlowe, 1960). Ainsi il est possible qu'une partie des répondantes ait déclaré utiliser un moyen de contraception, celui qu'elle aurait jugé le plus « en accord » avec sa situation affective, sexuelle ou de santé sans pour autant l'utiliser. A titre d'exemple, pour les femmes du groupe de référence, il est possible que certaines femmes aient déclaré utiliser l'implant parce que son entourage l'utilise sans pour autant en faire personnellement l'usage, ou au contraire ne l'ait pas déclaré parce que son entourage le réprouve. Pour les femmes vivant avec le VIH, il est par exemple possible qu'un certain nombre prenne une contraception médicale ou ne prenne aucune contraception mais préfère déclarer le préservatif, a priori plus « adapté » à leur situation compte tenu de la norme de protection des personnes séropositives envers leurs partenaires. Il est difficile d'estimer ce biais sur nos résultats et dans quel sens il interférerait.

En population générale ces biais peuvent aussi s'exprimer, bien que la modalité de recueil de *Fécond 2010* par enquête téléphonique et par conséquent sans enquêteur en face à face les amenuise probablement.

b) Avantages et limites des données biographiques et transversales pour l'étude de contraception dans le groupe de référence

Le questionnaire biographique de *Parcours* ne nous a pas permis de retracer de manière directe l'historique contraceptif des participantes après l'arrivée ce que nous avons tenté de contourner de deux façons.

La première façon a été d'étudier la vie génésique des femmes en France, avec l'argument que les périodes de grossesses (menées à terme) correspondent de fait à des périodes sans besoin de contraception. Ceci n'exclut pas que la grossesse en elle-même soit le fruit d'un échec contraceptif ou d'une absence de contraception mais l'étude des issues de grossesses de *Parcours* a montré qu'après la migration les grossesses non désirées ont été interrompues dans leur majorité (65%) (Pilecco & Guillaume, 2017).

Les résultats issus de nos données biographiques doivent être interprétés avec prudence, d'une part la fécondité telle que nous la décrivons n'est pas un d'indice de fécondité global (les femmes enquêtées n'étaient pas toutes en fin de vie reproductive), et d'autre part 17.5% des femmes n'avaient pas encore eu d'enfant au moment de l'enquête. Cependant, comme ces femmes sont arrivées en médiane à 27 ans et qu'elles sont en France depuis 8-9 ans nous disposons d'une partie importante de l'information sur leur vie reproductive. Le questionnaire biographique a en lui-même ses limites compte tenu du biais de mémorisation, et il est envisageable que certaines grossesses aient été oubliées, en particulier les IVG, dont on sait que la sous-déclaration est fréquente (Moreau, Bajos & Bouyer, 2004). L'utilisation de la grille biographique facilite cependant la mémorisation surtout sur des événements structurants de la vie des individus comme les relations affectives et les grossesses.

L'étude des situations reproductives qui nous a permis de mettre en avant l'importance du motif de venue, surtout dans les premières années sur la vie reproductive (chercher une grossesse, être sans activité ou avoir besoin de contraception) doit être compris aussi avec prudence car nos résultats ne sont pas des données longitudinales. Les flux migratoires varient selon les périodes de venue et les caractéristiques des immigrées varient probablement aussi dans le temps, il est possible par exemple que les femmes venues pour des menaces il y a 10 ans ne ressemblent pas aux femmes venues pour des menaces au cours des dernières années.

Les femmes ont des âges différents à leur arrivée selon leur motif de venue (ces différences sont à la limite de la significativité avec $p=0.09$), si bien que l'on aurait pu étudier la vie génésique en France selon cette variable. D'autant plus que l'âge à l'arrivée influence la fécondité des immigrées (les femmes arrivées avant 13 ans ont la même fécondité que la population majoritaire) (Toulemon & Mazuy, 2004). S'agissant des femmes de notre étude, il était peu probable que nous arrivions à mettre en avant des différences en terme des comportements reproductifs selon l'âge à l'arrivée, puisqu'il était en médiane de 27 ans et

l'ancienneté de séjour de seulement 8-9 ans, mais des études complémentaires pourraient être réalisées.

VIII.2.4 Validité des comparaisons entre les enquêtes

a) Comparaison du groupe de référence à la Population générale

« Postuler et construire un espace d'équivalence permettant la quantification, et donc la mesure, est un acte tout à la fois politique et technique. Il est politique en ce qu'il change le monde : comparer les Noirs et les Blancs appelle l'abolition de l'esclavage, comparer les femmes et les hommes appelle le suffrage vraiment universel incluant les femmes. » (Desrosières, 2014).

La comparaison de nos données à la population générale a pourtant des limites puisqu'elle fait le parallèle entre populations différentes au regard de la structure sociodémographique (âge et nombre d'enfants) et probablement différente aussi en terme de niveau d'étude et situations socio-professionnelles, ce que nous n'avons pas ici pris en compte.

A titre d'exemple, dans l'enquête *Fécond*, la moyenne d'âge des participantes est de 32 ans contre 36 ans pour *Parcours* puisque les femmes très jeunes n'existent pas dans notre groupe de référence l'âge médian d'arrivée était de 27 ans, et on a exclu les femmes arrivées enfants. Or la fréquence d'utilisation des méthodes médicales varie selon l'âge dans *Parcours* alors qu'elle est assez stable en population générale avec moins de contraception médicale pour les femmes des âges extrêmes, ce qui peut fausser le pourcentage d'ensemble.

Nous avons fait le choix de ne pas redresser sur la population générale, pour deux raisons. Premièrement la prévalence contraceptive dans la groupe de référence de *Parcours* était d'emblée bonne ce qui relativisait l'intérêt du redressement. Deuxièmement nous risquions de perdre dans ce

redressement les valeurs brutes de prévalence contraceptive dans notre population d'étude, ce qui était pour nous l'objectif principal. De plus, grâce à l'étude multivariée, nous avons pu prendre en compte l'effet de l'âge, du nombre d'enfants mais aussi des autres variables sociodémographiques que sont le niveau d'éducation et la statut socioprofessionnel. Dans

l'étude du recours à aux méthodes de longue durée d'action (implant), cette standardisation aurait été intéressante car on sait qu'en population générale les difficultés financières favorisent le recours à cette méthode (Bajos, 2014), difficultés qui sont plus fréquentes chez les femmes africaines.

b) Comparaison entre le groupe de référence et les femmes vivant avec le VIH

Une des originalités de notre travail semble tient au fait que nous disposons de deux études s'intéressant par recoupement à la même population, les femmes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH en France. La comparaison de la population des femmes vivant avec le VIH de *Parcours* et des femmes originaires d'Afrique subsaharienne de *Vespa2* montre certaines différences en terme d'âge, de nombre d'enfants (les femmes de *Parcours* sont plus nombreuses à avoir au moins un enfant (84,7% contre 68,9% pour *Vespa2*) et de niveau d'étude du supérieur. Mais les résultats en termes de pratiques contraceptives vont dans le même sens puisque, indépendamment de l'étude (*Parcours* ou *Vespa2*), la prédominance du préservatif à visée contraceptive avoisine les 60%. La concordance de nos résultats vient les renforcer d'autant plus que les résultats sont représentatifs de la population vivant avec le VIH et ce, sur deux échelles géographiques, l'Ile de France et la France métropolitaine.

VIII.2.5 En conclusion

La diversité de l'échantillon aléatoire de *Parcours*, la bonne représentativité de *Vespa2*, des échantillons diversifiés dans les centres de santé, la définition commune des populations en besoin de contraception et la documentation standardisée de la contraception sont en faveur d'une bonne qualité des résultats.

VIII.3. Quel est le rôle de l'adaptation aux pratiques contraceptives de la population majoritaire française suggéré par nos résultats?

VIII.3.1 Un dépassement des craintes

« En Afrique, l'avortement présente pour beaucoup de jeunes femmes un avantage sur la contraception, celui de permettre à la femme de prouver sa fertilité, alors que la contraception

la mettrait à l'inverse en danger (Guillaume, 2003) ». La littérature autour du recours à l'IVG en Afrique suggère qu'au-delà des contraintes réelles d'accès à la contraception, certaines femmes préféreraient recourir à l'avortement plutôt que d'utiliser une méthode contraceptive et surtout une contraception médicalisée. Cette préférence pouvant s'expliquer par la crainte des effets secondaires (comme la prise de poids, les problèmes de santé, les risques de cancer...), l'aspect contraignant de ces méthodes dont l'utilisation doit être de longue durée et continue, mais surtout la crainte de stérilité consécutive à cette contraception.

Pourtant, l'utilisation des méthodes médicales dans le groupe de référence est massive si bien que ces craintes semblent levées ou à tout du moins dépassées. L'usage très large de la pilule quels que soient l'âge et la parité et sa forte utilisation dès l'arrivée même chez les femmes sans enfants (31%) suggèrent en effet une adoption du modèle français qui favorise historiquement cette méthode. En 2010 en France la pilule était plébiscitée par plus de 53 % de femmes malgré la possibilité d'utiliser d'autres méthodes hormonales (anneaux, implants, patchs)(Bajos *et al.*, 2012).

Comme pour d'autres phénomènes d'acculturation, les femmes arrivées les plus jeunes sont plus susceptibles d'adopter les normes en vigueur, ce qui explique qu'arriver avant 27 ans soit associé à l'usage des méthodes médicales (Toulemon, 2004; Afulani & Asunka, 2015). Enfin, l'effet du temps joue lui aussi en faveur d'un processus d'adaptation, puisque durant les premières années en France c'est le préservatif qui est le contraceptif le plus utilisé. Cette acculturation ne semble ni améliorée ni entravée par le fait d'avoir un partenaire, qu'il soit africain ou non africain alors que certaines études suggèrent un rôle négatif du partenaire sur la contraception (Andro & Hertrich, 2002) surtout lorsqu'il y a un écart d'âge important ce qui est plus fréquent dans les couples d'africains (Barbieri & Hertrich, 2005).

VIII.3.2 Une empreinte des pays d'origine

Pourtant cette acculturation semble avoir des limites. La faiblesse de l'utilisation du DIU rappelle qu'en Afrique cette méthode est tout à fait marginale, avec moins de 1% d'utilisatrices, alors que la proportion élevée d'implant évoque celle de l'injection en Afrique subsaharienne puisqu'en 2011 elle était la méthode médicale la plus utilisée dans cette région

(parmi les femmes en âge de procréer et en union, 28,6% déclaraient utiliser une méthode moderne dont 6% d'utilisatrices de l'injection contre 4% pour la pilule (United Nations, 2011)).

VIII.3.3 La migration, un moteur contraceptif en soi

Bien que seulement une femme sur dix du groupe de référence ait déclaré avoir utilisé un contraceptif médical avant l'arrivée en France, le nombre d'IVG est particulièrement élevé les deux années qui précèdent l'arrivée (23% des grossesses durant cette période se sont soldées par une IVG (Pilecco & Guillaume, 2017)). Les pratiques contraceptives et abortives sont étroitement liées : les femmes qui connaissent et utilisent une contraception ont une forte probabilité d'avoir eu un avortement antérieur comme l'ont montré plusieurs études (Okonofua *et al.*, 1999; Guillaume & Desgrées du Loû, 2002). Cette augmentation du recours à un contrôle des naissances en phase migratoire s'inscrit clairement dans un désir de réguler la fécondité, suggérant que la migration en elle-même favorise l'adoption des contraceptifs.

VIII.4. Nos résultats d'un haut niveau de contraception dans le groupe de référence sont-ils valides ?

VIII.4.1 Peut-on affirmer qu'il n'y a pas de barrières financières ?

Les personnes enquêtées dans *Parcours* ont des âges différents, des parcours migratoires hétérogènes et des situations de vie diverses. Elles ont en commun d'être des immigrées en France et de provenir d'une même région du monde. Elles partagent aussi des conditions de vie en général moins favorables que la population générale- selon les données du recensement de 2011, 42% des ménages subsahariens vivaient en dessous du seuil de pauvreté contre 11% dans la population non immigrée- (Insee, 2012), avec des situations particulièrement précaires dans les années qui suivent l'arrivée. Pour les femmes le travail sera concentré dans les secteurs peu qualifiés -un quart des femmes en emploi se déclarent « aide de ménage ou agent d'entretien »- ce qui en partie est dû à un important déclassement professionnel (Annequin, Gosselin & Dray-Spira, 2017) .

Chez les personnes migrantes vivant avec le VIH les situations de vie se sont améliorées entre 2003 et 2010, mais restent difficiles. Le taux de chômage est élevé puisque près d'un quart des femmes cherchent un emploi. Les difficultés financières concernent 55,9% d'entre elles et 34% rapportent des privations alimentaires (Lert, 2013).

Pourtant ces conditions de vie semblent peu affecter les pratiques contraceptives des femmes africaines. Le fait d'avoir une situation d'emploi élevée favorise la contraception médicale parmi les femmes du groupe de référence, mais elle reste globalement bonne pour les autres femmes. De la même façon, parmi les femmes vivant avec le VIH, la privation matérielle sévère et l'absence d'emploi ne sont associés ni à l'absence de contraception, ni à l'absence de contraception médicale, suggérant que les barrières sont d'une autre nature.

Ces résultats ne vont pas dans le même sens que ceux retrouvés dans l'enquête *Téo*, puisque le niveau socio-professionnel était clairement un obstacle au recours à la contraception parmi les immigrés (toutes origines confondues) (Poncet *et al.*, 2013). La littérature internationale suggère en effet que les difficultés financières constituent chez les immigrées l'une des principales barrières dans le recours à la contraception (Poncet *et al.*, 2013). Il est possible que la manière dont nous avons construit la variable du statut-socioprofessionnel, c'est à dire en basant la distribution des professions en trois groupes selon la distribution au sein de la population africaine étudiée et non pas selon la population générale puisse avoir comme effet de lisser les différences attendues.

Une autre possibilité est que les femmes africaines se différencient des autres immigrées dans les facteurs qui influencent leur recours aux soins. Selon une étude récente sur les facteurs associés à des soins non optimaux en périnatalité, à différence des autres immigrées, chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne il n'y a pas d'association entre un mauvais suivi et le degré de privation matérielle, alors que le fait d'être arrivée récemment ou que la grossesse soit non attendue et/ou non désirée favorise ces soins non optimaux (Gonthier *et al.*, 2017).

VIII.4.2 L'accessibilité est-elle un facteur clé ?

De manière générale, les immigrés d'Afrique subsaharienne vivant en Ile de France accèdent rapidement à une couverture maladie après leur arrivée en France, avec des différences entre les sexes puisque les femmes y accèdent plus rapidement que les hommes : après deux années

passées en France, 84% des femmes disposent d'une couverture maladie (Vignier & Dray-Spira, 2017). Pour autant le remboursement des contraceptifs n'est que partiel et les complémentaires santé ne sont pas toujours accessibles à l'ensemble de la population étudiée, ce qui constitue en population générale un frein dans le recours aux soins (Jusot, 2014).

Il est possible que nous ne retrouvions pas de lien entre la couverture maladie (de base et complémentaire) et la prévalence contraceptive parce que l'accès aux contraceptifs puisse contourner les dispositifs classiques de recours aux soins. Les efforts en termes de santé publique pour faire accéder à la contraception sont nombreux en France. La mise en place des centres de santé, les PASS contraceptifs pour les mineures, la formation continue des praticiens à la prescription de contraceptifs, la gratuité de la contraception dans les centres de Planification familiale ainsi que les nombreuses campagnes de prévention nationales sont autant d'exemples d'une mobilisation nationale en faveur d'un accès à la contraception au plus grand nombre.

Il est aussi possible qu'une partie de cette bonne couverture contraceptive soit médiée voir conditionnée par le fait d'avoir eu une grossesse qui apparaît comme doublement associée à l'accessibilité contraceptive. D'une part elle augmente la probabilité de disposer d'une couverture maladie après l'arrivée en France (Vignier & Dray-Spira, 2017). D'autre part elle constitue une situation d'exception en termes de remboursement, puisque les frais liés à l'IVG ou au postpartum sont soit pris en charge à 100% par la sécurité sociale, soit couverts par l'État au titre des soins « urgents » (à l'exception des femmes disposant d'un visa touristique).

Cette bonne accessibilité aux droits de la santé doit être comprise avec prudence car elle ne se traduit pas dans tous les domaines dans un plus grand recours aux soins : environ une femme sur trois déclare avoir renoncé aux soins à un moment ou un autre, surtout pour des raisons financières (Vignier & Dray-Spira, 2017). D'ailleurs, en l'absence de grossesse en France, un tiers des femmes n'utilise pas de contraception moderne, un autre tiers a recours au préservatif et le choix des méthodes médicales est restreint, puisque seule la pilule est déclarée.

VIII.4.3 L'ancienneté de séjour, une meilleure mesure des inégalités ?

Ces données plutôt encourageantes nous amènent tout de même à réfléchir sur la manière dont les inégalités opèrent dans notre population d'étude mais aussi sur la manière dont nous les avons mesurées. Il est difficile d'envisager que les conditions de vie n'aient aucun rôle dans le

recours à la contraception même si les dispositifs nationaux sont nombreux pour pallier aux effets sur la santé de la précarité et que les inégalités sociales d'accès à la contraception aient fortement diminué en France depuis que la contraception est devenue légale. Il est par contre possible que, prises une à une, les variables de logement, de niveau socioprofessionnel et de couverture sociale ne rencontrent pas la puissance nécessaire pour mettre en évidence des associations statistiques.

Il est en effet difficile de démêler l'effet du temps d'installation de celui des facteurs sociaux, d'autant que la période initiale est aussi marquée par un moindre besoin de contraception.

Autrement dit, il est possible que l'association entre la durée du séjour et l'utilisation de la contraception médicale pour l'ensemble des immigrées vivant avec le VIH ou non, reflète le rôle positif du processus d'installation dans les pratiques contraceptives.

VIII.5. On observe une situation satisfaisante en matière de contraception alors que d'autres aspects de santé reproductive et sexuelle présentent des résultats beaucoup plus défavorables. Comment peut-on expliquer ces résultats ?

En France, les femmes nées en Afrique subsaharienne sont, à l'heure actuelle, un des groupes parmi les plus « à risque » en termes de santé et de mortalité et morbidité maternelle sévère (MMS⁶). Selon l'étude *Epimoms* menée dans six régions françaises entre 2012-2013, la proportion de mortalité et de morbidité maternelle sévère était plus fréquente parmi les femmes immigrées que parmi les témoins (31,2% vs 24,5%), et cette différence portait principalement sur le groupe des femmes nées en Afrique subsaharienne (11,2% des femmes avec MMS vs 8,1% des femmes témoins) (Stewart, 2016). Ce constat concerne également des risques moins graves comme sont le recours à la césarienne et les hospitalisation pour d'autres pathologies de la grossesse (menace d'accouchement prématuré, diabète, etc.) ce qui est en cohérence avec le sur-risque que présentent ces femmes de déclarer un mauvais état de santé (EPF, 2010) .

⁶ MMS : hémorragie obstétricale sévère, éclampsie, HELLP syndrome, hématome rétroplacentaire, prééclampsie, embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral constitué, accident ischémique transitoire, trouble psychiatrique sévère, dysfonctions d'organes et le décès maternel

Les immigrées sont aussi fréquemment exposées au risque de violences sexuelles, puisque 4% des femmes du groupe de référence et 15% des femmes du groupe VIH ont subi un rapport sexuel imposé ou non consenti après leur arrivée. Ces violences sont plus fréquentes chez les femmes venues pour fuir de menaces, et augmentent lors des périodes de précarité de logement et de papiers (Pannetier, Ravalihasy & Desgrees-du-Lou, 2017).

Une des hypothèses suggérée par notre travail est que les femmes en besoin de contraception représentent une portion particulièrement favorisée parmi l'ensemble des femmes en âge de procréer. Comparées aux femmes qui sont enceintes ou à la recherche d'une grossesse, les femmes en besoin de contraception sont significativement plus nombreuses à avoir un logement propre et avoir une couverture médicale de base et une complémentaire santé. Elles ont aussi une ancienneté de séjour plus longue soit une proportion plus grande de femmes déjà installées. Les femmes en besoin de contraception ont aussi eu plus d'enfants (2.6 en médiane) et plus d'enfants nés en France que les autres femmes, ce qui nous l'avons discuté antérieurement favorise l'acquisition d'une couverture médicale et contraceptive.

Il est possible que, si la santé contraceptive est meilleure que ce que la santé périnatale, c'est parce que la contraception lui fait suite, après une amélioration de l'accessibilité aux soins et des conditions de vie.

VIII.6. Les femmes africaines ont-elles des facteurs de risque qui amènent à des choix contraceptifs spécifiques ?

Bien que les données confirment que certaines contre-indications en matière de contraception comme le risque cardiovasculaire (pour les méthodes hormonales oestro-progestatives) et les fibromes utérins (pour le DIU au cuivre), soient plus courants parmi les femmes africaines que pour l'ensemble des femmes (Marshall *et al.*, 1997; R. Carnethon *et al.*, 2017), il est assez rare qu'aucune autre méthode médicale ne convienne et que dans chaque famille contraceptive on ne puisse trouver d'alternative thérapeutique (HAS, 2013).

En dehors de l'infection à VIH, les problèmes d'ordre médical, tels que nous les avons mesurés (obésité, risque cardiovasculaire et utilisation d'un traitement antirétroviral pour les femmes vivant avec le VIH) ne représentent ni un frein, ni un moteur à l'utilisation d'une contraception,

alors même que c'est dans les situations où la santé est plus fragile que l'anticipation des grossesses est souhaitable.

C'est donc probablement à la marge des contre-indications théoriques que s'organisent certains des choix thérapeutiques. Les représentations qu'élaborent les praticiens autour de ce qui est ou n'est pas une contraception adaptée peuvent dépasser les recommandations médicales; En France comme dans d'autres pays, malgré que les recommandations soient claires sur les nombreux avantages des méthodes de longue durée d'action pour les femmes les plus jeunes, les praticiens ont longtemps été réticents à proposer ces méthodes, pour des raisons diverses, dont une surestimation du risque d'infertilité (Moreau *et al.*, 2013; Speidel, Harper & Shields, 2008).

VIII.7. Peut-on affirmer qu'il existe des pratiques discriminatoires des professionnels vers les femmes vivant avec le VIH ? vers les femmes d'Afrique subsaharienne ?

VIII.7.1 Pour les femmes séropositives, une injonction au préservatif

Pour les femmes vivant avec le VIH de *Vespa2*, l'utilisation majoritaire du préservatif n'est pas la conséquence d'un faible accès aux gynécologues puisque, environ 80% des femmes y ont eu recours dans l'année. C'est donc dans ce qui est ou n'est pas discuté avec le praticien que les limitations se trouvent. Cet écart aux recommandations pour la contraception est d'autant plus étonnant que le suivi spécifique du dépistage pour le cancer du col par frottis cervico vaginal annuel est plutôt bien respecté, parmi les femmes vivant avec le VIH 76% des femmes déclarent avoir eu un frottis cervico vaginal (FCV) dans l'année, et 89% au moins un FCV au cours des 3 dernières années (Tron, Lert & Dray Spira, 2016). Il est possible qu'à l'époque des enquêtes, la question de la non transmissibilité du virus pour les personnes contrôlées n'étant pas encore suffisamment diffusée, certains prescripteurs limitaient leurs prescriptions de crainte d'induire une baisse de l'usage du préservatif, restreignant de fait le choix des patientes.

VIII.7.2 Recours à l'implant, l'hypothèse d'un soin différencié

Comment expliquer que l'implant soit utilisé par 17% de l'ensemble des femmes africaines et par 32% des femmes âgées de moins de 30 ans alors que cette méthode concerne moins de 3% d'utilisatrices en population générale ?

Si l'une des hypothèses est celle d'une préférence des femmes pour cette méthode car elle rappellerait l'injection, elle semble insuffisante puisque seulement 15% des femmes avait utilisé une contraception médicale avant l'arrivée. Il nous semble plus probable que le recours marqué à l'implant résulte d'une forme d'incitation du personnel médical pour cette méthode, ce que nous comprenons comme une pratique de soins différenciés.

Dans un contexte social de recherche et de lutte contre les discriminations, toutes les discriminations, les programmes de recherche ont cherché à affiner les outils permettant de repérer et d'évaluer les difficultés que pouvaient rencontrer certains français issus de l'immigration et certains immigrés lors de leur accès à diverses situations (emploi, logement, éducation, santé), compris comme des discriminations selon l'origine (Carde, 2007). Les principales recherches sur le sujet portent principalement sur les entraves à l'accès à l'emploi et au logement en raison de l'origine.

La recherche de différences de traitement liées à l'origine dans le domaine de la santé n'avait jusque-là que peu investi, mais les études semblent souligner le rôle du système de soins dans la perpétuation des inégalités sociales de santé. En périnatalité, les femmes d'origine africaine y apparaissent comme particulièrement exposées (Sauvegrain, 2012; Rico Berrocal & Le Mener, 2015; Gelly, Giraud & Pitti, 2016).

Au début des années 1980, des équipes médicales et des responsables politiques français avaient été interpellés par des leaders associatifs, mais aussi par les autorités consulaires maliennes qui dénonçaient les taux particulièrement élevés de césariennes de leurs ressortissantes accouchant en France (Poiret, 1997). Le 7 juin 1984, Georgina Dufoix, alors ministre de la Santé, a organisé avec l'appui du Comité médico-social pour la santé des migrants, une réunion avec des équipes médicales en vue d'établir un « *bilan des problèmes posés par et aux femmes africaines noires à l'occasion de leur grossesse et proposer des solutions à court et moyen termes* ». En 2006 une étude quanti et qualitative menée dans un centre hospitalier parisien accueillant des femmes dont une moitié était d'origine étrangère avait permis de montrer que si le taux de césariennes était voisin pour les femmes françaises et pour les autres européennes, autour de 20% il était beaucoup plus élevé pour les femmes

d'Afrique subsaharienne (35%) même après prise en compte des variables sociodémographiques et des pathologies *ante* et *per-partum*. Ce travail avait également mis en évidence la manière dont le personnel médical (sages-femmes et médecins) au travers d'arguments basés sur des différences d'ordre racial justifiaient une part de leur décisions médicales (Sauvegrain, 2012).

En périnatalité la question des pratiques médicales différentielles pour les femmes africaines sont de plus en plus nombreuses et soulignent ses conséquences délétères. Une étude récente sur la prise en charge de la tension artérielle durant la grossesse a montré une surveillance moins bonne de la tension artérielle et de la protéinurie chez les femmes africaines comparées aux autres femmes ; or, ces examens font partie de la surveillance basique de toute femme enceinte et permettent un dépistage de la pré éclampsie, dont le retard diagnostique peut s'avérer fatal pour la mère et pour l'enfant (Sauvegrain *et al.*, 2017).

En matière de contraception, dans les années 80, l'injection surtout utilisée par les femmes du Maghreb et par les Africaines apparaissait comme un contraceptif à « double standard », considéré comme dangereux pour les unes mais utilisé auprès des autres, les femmes les plus précaires, les étrangères, les femmes à fécondité élevée, plus sujettes à la soumission à la domination masculine et la fragilité psychique (Bretin, 2004). Principalement utilisé à l'hôpital et dans le post-partum chez les femmes immigrées, cette méthode représentait d'après les études réalisées à l'époque, une réponse du personnel soignant à « l'urgence contraceptive » puisque qu'il fallait agir au plus pressé : éviter à ces femmes une nouvelle grossesse (Bretin, 1992; Sargent, 2006).

Il est possible que l'implant soit en partie proposé pour les mêmes raisons que l'était l'injectable il y a quelques années. Dans notre étude, si l'implant est aussi plus utilisé parmi les femmes en couple avec un partenaire africain, c'est peut-être comme pour l'injection en raison de son invisibilité et donc du contournement de la supposée opposition maritale, le service étant relativisé par les effets secondaires à long terme de cette méthode.

Pourtant, comme souligné dans « Inégalités contraceptives au pays de la pilule » cette méthode mobilise deux types de profils sociaux contrastés : d'une part des femmes issues des classes moyennes et supérieures (étudiantes et/ou femmes actives) et d'autre part des femmes des classes populaires, plus souvent d'origine étrangère. L'étude des conditions de prescription de cette « nouvelle » méthode contraceptive qu'est l'implant suggère que l'inégalité ne tient pas

tant dans la méthode mais réside probablement dans la manière dont les femmes sont conduites à « choisir » leur mode de contraception et à contrôler leur fertilité (Bretin & Kotobi, 2016).

Le soin différencié est défini comme une pratique différente entre des individus au nom de divers critères associés ou non à des règles formalisées, entre des nationaux et des étrangers, entre étrangers en situation régulière et ceux en situation irrégulière. Dans le domaine de la santé, Il paraît consensuel de dire qu'il y a discrimination lorsque le soin différentiel est illégitime et arbitraire (Carde 2007) puisque le soin différentiel est souvent présenté comme une volonté de «faire au mieux». En effet, chez la quasi-totalité du personnel médical, il y a une conviction d'être hors du racisme et des discriminations, qui s'appuie sur une certitude : agir au mieux pour le bien des personnes soignées (principe de bienfaisance) (Cognet, 2009). Selon Nacu, les soins différenciés découlent de « catégorisations culturalistes qui œuvrent à la fois comme explication de l'inobservance, comme facteur permettant de reporter sur les patientes une partie des dysfonctionnements institutionnels et comme moyen de renforcer l'autorité médicale dans un contexte où celle-ci se trouve remise en question de multiples manières » (Nacu, 2011) .

Les études doivent être poursuivies dans ce domaine afin d'explorer et de mieux comprendre les raisons qui expliquent ces différences dans les pratiques, des leviers possibles dans l'amélioration des soins pour tous. L'Agence nationale de la recherche va dans ce sens, puisqu'en collaboration avec l'INSERM ils viennent de mettre en place le projet de recherche « Migration et soins différenciés en périnatalité : effet des biais implicites » en 2017 .

IX. CONCLUSION GENERALE

Ce travail de recherche aura permis, nous l'espérons, de rendre visible la place de la contraception dans la vie des femmes africaines après leur arrivée en France.

Malgré les limites méthodologiques, on observe parmi les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne un haut niveau de contraception médicale efficace. Les femmes africaines immigrées se saisissent d'un système qui articule la promotion de la contraception, un dispositif d'accès facilitant et des pratiques médicales favorables. Les facteurs culturels appréhendés par la langue, la religion, le pays de naissance du conjoint ne font pas obstacle à l'accès à la contraception : ce résultat doit évidemment être diffusé en France mais aussi en Afrique, pour balayer les arguments de type culturels pour expliquer les difficultés d'adhésion à la contraception. Nos résultats montrent l'importance pour les femmes d'un accès réel qui minimise les obstacles financiers, favorise la diversité des méthodes et la promotion de la contraception comme facteur de santé des femmes en général.

Il reste cependant à poursuivre les études pour savoir jusqu'à quel point les méthodes en usage correspondent à un choix, conviennent aux besoins des femmes et prennent en compte les critères de contre-indications qui mériteraient une étude plus approfondie compte tenu des facteurs de risque spécifiques à cette population (surpoids, hypertension, facteurs cardiovasculaires, infections gynécologiques, entre autres).

Si on peut être satisfait de la contraception, la santé sexuelle et la santé reproductive, mises en perspectives par les conditions de précarité et de vulnérabilité sociales, sont loin d'être satisfaisantes et il y a lieu de mettre la santé sexuelle dans un agenda de santé publique prioritaire, en particulier à l'heure où les conditions des migrations sont fortement détériorées.

Pour les femmes vivant avec le VIH, en 2011, lors de l'enquête *Vespa2* et encore en 2012 pour *Parcours*, il y avait encore des réticences par les professionnels et les chercheurs à dire que le traitement antirétroviral prévenait la transmission du VIH, ce qui peut en partie expliquer l'importance du recours au préservatif comme méthode contraceptive et préventive. Les essais de prévention (*HTPN 052 et Partner*) ont confirmé l'absence de transmission en 2012 et en 2016 pour le partenaire non infecté en cas de charge virale contrôlée ce qui devrait entraîner une baisse du recours au préservatif. Nos résultats ont été pris en compte dans les recommandations cliniques qui soulignent l'importance du recours à une double protection (contraception médicale et préservatif). Il est essentiel que les gynécologues et les infectiologues encouragent la contraception médicale chez les femmes séropositives. Le développement d'une approche du VIH en termes de de santé sexuelle grâce à la Stratégie

Nationale de Santé Sexuelle lancée en mars 2017 va dans ce sens. Il serait nécessaire de mesurer la mise en œuvre des recommandations à l'heure de la reconnaissance très large de la non transmissibilité de l'infection sous traitement.

On pourrait envisager de mener des campagnes spécifiques et ciblées de contraception vers ces populations, pour favoriser l'expression de leurs choix car elles ont sans doute une plus grande distance sociale avec les médecins et les sages-femmes que la population générale. On pourrait également envisager des campagnes de sensibilisation envers les professionnels, qui les conduirait à différencier leur compréhension, puis leurs pratiques envers les femmes vivant avec le VIH et les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne. La littérature nous apprend en effet que lorsque les soignants prennent du recul par rapport à leurs pratiques, des avancées sont possibles, qui conduisent à offrir des soins mieux adaptés aux populations.

X. REFERENCES

- Afulani, P. & Asunka, J. (2015) Socialization, Adaptation, Transnationalism, and the Reproductive Behavior of Sub-Saharan African Migrants in France. *Popul Res Policy Rev.* 34:561-592.
- Ahmed, S., Li, Q., Liu, L. & Tsui, A.O. (2012) Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet.* 380 (9837), 111–125.
- Alencastro, P.R., Wolff, F.H., Oliveira, R.R., Ikeda, M.L.R., et al. (2012) Metabolic syndrome and population attributable risk among HIV/AIDS patients: comparison between NCEP-ATPIII, IDF and AHA/NHLBI definitions. *AIDS research and therapy.* 9 (1), 29.
- André, J.-M. & Azzedine, F. (2016) Access to healthcare for undocumented migrants in France: a critical examination of State Medical Assistance. *Public Health Reviews.* 37.
- Andro, A. & Hertrich, V. (2002) Demand for Contraception in Sahelian Countries: Are Men's and Women's Expectations Converging? Burkina Faso and Mali, Compared to Ghana. *Population.* 57 (6), 929–957.
- Annequin, M., Gosselin, A. & Dray-Spira, R. (2017) Trajectoires et mobilités professionnelles autour de la migration. Annabel Desgrées du Loû & France Lert (eds.). *Parcours. Parcours de vie et de santé des Africains immigrés en France.* Recherches. La Découverte. Paris. pp. 73–91.
- Audebert (2009) Le traitement médical actuel des fibromes utérins. *Medecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie.*
- Bajos, N. (2014) La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif? *Population et Sociétés.* (511).
- Bajos, N., Bohet, A., Le Guen, M. & Moreau, C. (2012) Contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? *Population et Sociétés.* (492).
- Bajos, N. & Bozon, M. (2008) *Enquête sur la sexualité en France: Pratiques, Genre et Santé (Inserm, Ined, ANRS).* La Découverte.
- Bajos, N. & Marquet, J. (2000) Research on HIV sexual risk: social relations-based approach in a cross-cultural perspective. *Social science & medicine (1982).* 50 (11), 1533–1546.
- Bajos, N., Oustry, P., Leridon, H., Bouyer, J., et al. (2004) Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population.* 59 (3), 479–502.
- Bajos, N., Teixeira, M., Adjamagbo, A., Ferrand, M., et al. (2013) Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains. *Population.* Vol. 68 (1), 17–39.

- Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., Moreau, C., et al. (2010) Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ (Clinical research ed.)*. 340, c2573.
- Barbieri, M. & Hertrich, V. (2005) Écarts d'âge entre conjoints et pratique contraceptive en Afrique sub-saharienne. *Population*. 60 (5–6), 725–764.
- Beauchemin, C. (2013) Les immigrés en France: en majorité des femmes. *Population et Sociétés*. (502).
- Beauchemin, C., Kabbanji, L., Sakho, P. & Schoumaker, B. (2013) *Migrations africaines, le codéveloppement en questions. Essai de démographie politique*. Armand Colin (Recherches).
- Bergersen, B.M. (2006) Cardiovascular risk in patients with HIV Infection: impact of antiretroviral therapy. *Drugs*. 66 (15), 1971–1987.
- Blumenthal, P.D., Voedisch, A. & Gemzell-Danielsson, K. (2011) Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception. *Human Reproduction Update*. 17 (1), 121–137.
- Boccaro, F., Lang, S., Meuleman, C., Ederhy, S., et al. (2013) HIV and Coronary Heart Disease: Time for a Better Understanding. *Journal of the American College of Cardiology*. 61 (5), 511–523.
- Bongaarts, J. & Casterline, J. (2013) Fertility Transition: Is sub-Saharan Africa Different? *Population and Development Review*. 38, 153–168.
- Bretin, H. (1992) *Contraception : quel choix pour quelle vie ? Récits de femmes, paroles de médecins*. Éditions Inserm. Paris. p. 230.
- Bretin, H. (2004) Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France. *Sciences sociales et santé*. 22 (3), 87–110.
- Bretin, H. & Kotobi, L. (2016) Inégalités contraceptives au pays de la pilule. *Agone*. 58 (1), 123–134. Available from: doi:10.3917/agone.058.0123.
- Brutel, C. (2014) *Les immigrés récemment arrivés en France*. INSEE n°1524.
- Carde, E. (2007) Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique*. 19 (2), 99–109. Available from: doi:10.3917/spub.072.0099.
- Carten, M.L., Kiser, J.J., Kwara, A., Mawhinney, S., et al. (2012) Pharmacokinetic interactions between the hormonal emergency contraception, levonorgestrel (Plan B), and Efavirenz. *Infectious diseases in obstetrics and gynecology*. 2012, 137192.
- Cazein, F. (2016) Dépistage de l'infections par le VIH en France, 2003-2015. *BEH, Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. (41–42).

- Chakrapani, V., Newman, P.A., Shunmugam, M. & Dubrow, R. (2010) Prevalence and contexts of inconsistent condom use among heterosexual men and women living with HIV in India: implications for prevention. *AIDS patient care and STDs*. 24 (1), 49–58.
- Cognet, M. (2009) *Discrimination in Health Care Services, Paper presented at the 8th Global Conference Making Sense: Health, Illness and Disease*. <http://www.inter-disciplinary.net/wp-content/uploads/2009/06/Adam-Vezina-Paper.pdf>.
- Conde-Agudelo, A., Rosas-Bermúdez, A. & Kafury-Goeta, A.C. (2006) Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA*. 295 (15), 1809–1823.
- Crowne, D.P. & Marlowe, D. (1960) A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*. 24 (4), 349–354.
- Curtis, K.M., Nanda, K. & Kapp, N. (2009) Safety of hormonal and intrauterine methods of contraception for women with HIV/AIDS: a systematic review. *AIDS (London, England)*. 23 Suppl 1, S55-67.
- D’Arcangues, C. (2009) La contraception au niveau mondial : les grands enjeux. *Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie*.
- De Guibert-Lantoine, C. & Leridon, H. (1998) La contraception en France : un bilan après 30 ans de libéralisation. *Population*. 53 (4), 785–811. Available from: doi:10.2307/1534559.
- Desgrées-du-Loû, A., Pannetier, J., Ravalihasy, A., Gosselin, A., et al. (2015) Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Euro Surveillace: Bulletin Europeen Sur Les Maladies Transmissibles = European Communicable Disease Bulletin*. 20 (46).
- Desgrées-du-Loû, A., Pannetier, J., Ravalihasy, A., Le Guen, M., et al. (2016) Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. *AIDS (London, England)*. 30 (4), 645–656.
- Desrosières, A. (2014) Comparer l’incomparable : une réponse sociologique à l’épistémologie d’Augustin Cournot. *Prouver et gouverner. Une analyse politique des statistiques publiques*. Paris, La Découverte. p. 164.
- Donato, K.M., Alexander, J.T., Gabaccia, D.R. & Leinonen, J. (2011) Variations in the Gender Composition of Immigrant Populations: How They Matter¹. *International Migration Review*. 45 (3), 495–526.
- Donnell, D., Baeten, J.M., Kiarie, J., Thomas, K.K., et al. (2010) Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet (London, England)*. 375 (9731), 2092–2098.
- Dray-Spira, R., Lert, F. & Equipe Vespa2 (2013) État de santé de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine en 2011 et caractéristiques des personnes récemment diagnostiquées. Premiers résultats de l’enquête ANRS-Vespa2. *Bulletin hebdomadaire d’épidémiologie*. (26–37).
- EPF (2010) *Enquête périnatale française, 2010*.
- EPF (2016) *Enquête périnatale française, 2016*.

- EU-SILC (European Union Statistics on income and living conditions) (2012) *Eurostat Methodological studies and publications*.
- Fakoya, A., Lamba, H., Mackie, N., Nandwani, R., et al. (2008) British HIV Association, BASHH and FSRH guidelines for the management of the sexual and reproductive health of people living with HIV infection 2008. *HIV medicine*. 9 (9), 681–720.
- Fassin, D. & Fassin, E. (2006) *De la question sociale à la question raciale? Représenter la société française*. La Découverte. Paris.
- Fedeli, U., Alba, N., Lisiero, M., Zambon, F., et al. (2010) Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in North-Eastern Italy. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*. 89 (11), 1432–1437..
- Fenton, K.A., Mercer, C.H., McManus, S., Erens, B., et al. (2005) Ethnic variations in sexual behaviour in Great Britain and risk of sexually transmitted infections: a probability survey. *Lancet (London, England)*. 365 (9466), 1246–1255.
- Finocchiaro-Kessler, S., Dariotis, J.K., Sweat, M.D., Trent, M.E., et al. (2010) Do HIV-infected women want to discuss reproductive plans with providers, and are those conversations occurring? *AIDS patient care and STDs*. 24 (5), 317–323.
- Flahaux, M.-L. (2015) Intention et réalisation de migration de retour au Sénégal et en République démocratique du Congo. *Population*. 70 (1), 103–133.
- Gelly, M., Giraud, B. & Pitti, L. (2016) Quand la santé décuple les inégalités. *Agone* 58. (58).
- Gonthier, C., Estellat, C., Deneux-Tharoux, C., Blondel, B., et al. (2017) Association between maternal social deprivation and prenatal care utilization: the PreCARE cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*. 17 (1), 126.
- Gosselin, A. (2016) Migrants subsahariens : combien de temps leur faut-il pour s’installer en France ? *Population et Sociétés*. (533).
- Guen, M.L., Roux, A., Rouzaud-Cornabas, M., Fonquerne, L., et al. (2017) *Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation*. 4.
- Guillaume, A. (2003) Le rôle de l’avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990. *Population*. 58 (6), 741–772.
- Guillaume, A. & Desgrées du Loû, A. (2002) Planification familiale à Abidjan : contraception et/ou avortement ? : une étude auprès des consultantes de quatre formations sanitaires urbaines. Agnès Guillaume, Annabel Desgrées du Loû, N. Zanou, & K. N’Guessan (eds.). *Santé de la reproduction en Afrique*. . Abidjan, ENSEA. pp. 267–296.
- Hamel, C., Pailhé, A., Lhommeau, B. & Santelli, E. (2012) Former un couple en contexte multiculturel. *Trajectoires et origines, enquête sur la diversité des population en France*. INED. p. Chapitre 10. pp 291-311.
- HAS (2013) *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme: document à l’usage des professionnels*. Haute Autorité de Santé.

- Heard, I., Potard, V., Costagliola, D. & Kazatchkine, M.D. (2004) Contraceptive use in HIV-positive women. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*. 36 (2), 714–720.
- Heffron, R., Donnell, D., Rees, H., Celum, C., et al. (2012) Use of hormonal contraceptives and risk of HIV-1 transmission: a prospective cohort study. *The Lancet infectious diseases*. 12 (1), 19–26.
- Helström, L., Zätterström, C. & Odling, V. (2006) Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 19 (3), 209–213.
- Héran, F. (2004) Cinq idées reçues sur l’immigration. *Population et Sociétés*. (397).
- Insee (2012) *Etrangers- immigrés. Tableaux de l’économie française*.
- Institut de Veille Sanitaire (2007) *Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France- dix ans de surveillance, 1996-2005. Synthèse*.
- Jusot, F. (2014) La complémentaire santé : une source d’inégalités face à la santé ?, Supplemental health insurance: a source of health inequalities? *Les Tribunes de la santé*. (43), 69–78.
- Kancheva Landolt, N.T., Lakhonphon, S. & Ananworanich, J. (2011) Contraception in HIV-positive female adolescents. *AIDS Research and Therapy*. 8, 19.
- Kendall, T. (2013) Falling short of universal access to reproductive health: unintended pregnancy and contraceptive use among Mexican women with HIV. *Culture, health & sexuality*. 15 Suppl 2, S166-179.
- Knight, M., Kurinczuk, J.J., Spark, P., Brocklehurst, P., et al. (2009) Inequalities in maternal health: national cohort study of ethnic variation in severe maternal morbidities. *BMJ (Clinical research ed.)*. 338, b542.
- Kulu, H. (2005) Migration and Fertility: Competing Hypotheses Re-examined. *European Journal of Population / Revue européenne de Démographie*. 21 (1), 51–87.
- Le Guen, M., Desgrées du Loû, A., Bajos, N. & Marsicano, É. (2017) Migration et évolutions des situations conjugales : entre diversification des partenaires et persistance des asymétries de genre, par Mireille Le Guen. Annabel Desgrées du Loû & France Lert (eds.). *Parcours. Parcours de vie et de santé des Africains immigrés en France*. Recherches. La Découverte. Paris. pp. 92–112.
- Leridon, H. (1987) La seconde révolution contraceptive; la régulation des naissances en France de 1950 à 1985. *Population*. 359–367.
- Leridon, H., Bajos, N. & Moreau, C. (2004) Pourquoi le nombre d’avortements n’a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Populations et Sociétés*. (407).
- Lert, F. (2013) Situation socioéconomique des personnes vivant avec le VIH suivies à l’hôpital en France métropolitaine en 2011. Premiers résultats de l’enquête ANRS-Vespa2. *BEH*,

Bulletin épidémiologique hebdomadaire. (26–27). 3_26-27_2.html [Accessed: 28 August 2018].

- Lessault, D. & Beauchemin, C. (2009) Ni invasion, ni exode. Regards statistiques sur les migrations d’Afrique subsaharienne. *Revue européenne des migrations internationales.* 25,1, 163–194.
- Le Vu, S. *et al.* (2010) ‘Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: a modelling analysis’, *The Lancet. Infectious Diseases*, 10(10), pp. 682–687. doi: 10.1016/S1473-3099(10)70167-5.
- Loutfy, M.R., Sonnenberg-Schwan, U., Margolese, S. & Sherr, L. (2013) A review of reproductive health research, guidelines and related gaps for women living with HIV. *AIDS Care.* 25 (6), 657–666.
- Lucas, E., Cazein, F., Brunet, S., Thierry, D., et al. (2012) Types, groupes et sous-types de VIH diagnostiqués en France depuis 2003: données de huit années de surveillance. [Types, groups and subtypes of HIV diagnosed in France since 2003: data from eight years of surveillance]. *BEH, Bulletin épidémiologique hebdomadaire.* :533-7 (46–47).
- Lydié, N., Lert, F., Beltzer, N., Fénies, K., et al. (2007) *Les populations africaines d’Ile-de-France face au VIH/sida -connaissances, attitudes, croyances et comportements.* INPES. Nathalie Lydié (ed.).
- Madden, T., Allsworth, J.E., Hladky, K.J., Secura, G.M., et al. (2010) Intrauterine contraception in Saint Louis: a survey of obstetrician and gynecologists’ knowledge and attitudes. *Contraception.* 81 (2), 112–116.
- Marshall, L.M., Spiegelman, D., Barbieri, R.L., Goldman, M.B., et al. (1997) Variation in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal women by age and race. *Obstetrics and Gynecology.* 90 (6), 967–973.
- May, M., Gompels, M., Delpech, V., Porter, K., et al. (2011) Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study. *BMJ (Clinical research ed.).* 343, d6016.
- Mazuy, M. & Toulemon, L. (2015) *Un recours moindre à l’IVG, mais plus souvent répété.* (518).
- Mohllajee, A.P., Curtis, K.M. & Peterson, H.B. (2006) Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. *Contraception.* 73 (2), 145–153.
- Moreau, C., Bajos, N. & Bouyer, J. (2004) *De la confusion de langage à l’oubli; la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale.* 503–517.
- Moreau, C., Bohet, A., Hassoun, D., Teboul, M., et al. (2013) Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertility and Sterility.* 100 (2), 451–458.

- Moreau, C., Desfrères, J. & Bajos, N. (2011) Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG, Circumstances inducing contraceptive failures and post-abortion prescriptions : analysing the contraceptive trajectories of women who abort. *Revue française des affaires sociales*. (1), 148–161.
- Moreau, C., Trussell, J. & Bajos, N. (2012) Contraceptive paths of adolescent women undergoing an abortion in France. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 50 (4), 389–394.
- Morlat, P. (2013) *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Recommandation du groupe d'experts*.
- Nacu, A. (2011) À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes. *Sociologie du travail - Vol. 53 - N° 1 - p. 109-130*
- Norton, B. (2016) Identity and Language Learning: Back to the Future. *TESOL Quarterly*. 50 (2), 475–479.
- Nostlinger, C., Niderost, S., Woo, R., Platteau, T., et al. (2010) Mirror, mirror on the wall: the face of HIV + women in Europe today. *AIDS care*. 22 (8), 919–926.
- Observatoire du Samu Social (2013) *Enquête ENFAMS. 'Enfants et familles sans logement'*. http://www.mipes.org/IMG/pdf/ENFAMS_rapport_final.pdf
- Ochako, R., Askew, I., Okal, J., Oucho, J., et al. (2016) Modern contraceptive use among migrant and non-migrant women in Kenya. *Reproductive Health*. 13 (1), 67.
- Okonofua, F.E., Odimegwu, C., Ajobor, H., Daru, P.H., et al. (1999) Assessing the prevalence and determinants of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria. *Studies in Family Planning*. 30 (1), 67–77.
- OMS (2012) *Hormonal contraception and HIV, Technical statement*.
- OMS (2018) *Planification familiale/Contraception*. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
- ONUSIDA (2013) *Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida 2012*.
- ONUSIDA (2018) *Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida 2017*. <http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2017/Global-AIDS-Monitoring>
- Pannetier, J., Ravalihasy, A. & Desgrees-du-Lou, A. (2017) « Violences sexuelles : place dans le parcours de vie et relation avec le risque d'infection VIH en France ». *Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*. Recherches. La Découvert. Paris. pp. 160–172.
- Peretti-Watel, P., Spire, B. & Groupe ANRS-Vespa2 (2008) *SIDA, une maladie chronique passée au crible. Enquête nationale sur le quotidien des personnes infectées*. Presses de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique.

- Pérez, G., Ruiz-Muñoz, D., Gotsens, M., Cases, M.C., et al. (2014) Social and economic inequalities in induced abortion in Spain as a function of individual and contextual factors. *European Journal of Public Health*. 24 (1), 162–169.
- Philibert, M., Deneux-Tharoux, C. & Bouvier-Colle, M.-H. (2008) Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*.
- Phillips, S.J., Curtis, K.M. & Polis, C.B. (2013) Effect of hormonal contraceptive methods on HIV disease progression: a systematic review. *AIDS (London, England)*.
- Pieh Holder, K.L. (2015) Contraception and Breastfeeding. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 58 (4), 928–935.
- Pilecco, F.B. & Guillaume, A. (2017) Recours à l'avortement : changements autour de la migration. *Parcours*. . La Découverte. pp. 314–326.
- Piper, N. (2005) « *Gender and migration* ». Global Commission on International Migration, Geneva
- Poiret, C. (1997) *Familles africaines en France: ethnicisation, ségrégation et communalisation*. Paris, France.
- Poncet, L.C., Huang, N., Rei, W., Lin, Y.-C., et al. (2013) Contraceptive use and method among immigrant women in France: Relationship with socioeconomic status. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 18 (6), 468–479.
- R. Carnethon, M., Pu, J., Howard, G., A. Albert, M., et al. (2017) Cardiovascular Health in African Americans: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 136, CIR.0000000000000534.
- Rault, W. & Régnier-Loilier, A. (2015) La première vie en couple: évolutions récentes. *Population et Sociétés*. (521).
- Ravalihasy, A., Lert, F. & Vignier, N. (2017) Santé, besoins de prévention et de soins. *Parcours*. Recherches. . Paris, La Découverte. pp. 265–286.
- Rico Berrocal, R. & Le Mener, E. (2015) *La grossesse et ses malentendus. Rapport de recherche, étude RéMI (Réduction de la mortalité infantile, périnatale et néonatale en Seine-Saint-Denis)*. [https:// www.samusocial.paris/sites/default/files/rapport_remi.pdf](https://www.samusocial.paris/sites/default/files/rapport_remi.pdf).
- Rodger, A.J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., et al. (2016) Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA*. 316 (2), 171–181.
- Sanjuán Domingo, R., Villaverde Royo, M.V., Elías Villanueva, M.P., Rodríguez Sanz, M.L., et al. (2012) [Contraceptive methods used by immigrant populations and conditions that influence the choice in a health area in Zaragoza]. *Semergen*. 38 (6), 348–353.
- Sardon, J.-P. (1986) La collecte des données sur les pratiques contraceptives : les enseignements de l'enquête INED-INSEE de 1978 - Persée. *Population*. (41–1), 73–91.

- Sargent, C. & Cordell, D. (2003) Polygamy, disrupted reproduction, and the state: Malian migrants in Paris, France. *Social Science & Medicine (1982)*. 56 (9), 1961–1972.
- Sargent, C.F. (2006) Reproductive strategies and Islamic discourse: Malian migrants negotiate everyday life in Paris, France. *Medical Anthropology Quarterly*. 20 (1), 31–49.
- Sauvegrain, P. (2012) La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins. *Revue européenne des migrations internationales*. 28 (vol. 28-n°2), 81–100.
- Sauvegrain, P., Azria, E., Chiesa-Dubruille, C. & Deneux-Tharaux, C. (2017) Exploring the hypothesis of differential care for African immigrant and native women in France with hypertensive disorders during pregnancy: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 124 (12), 1858–1865.
- Saxton, J., Malyuta, R., Semenenko, I., Pilipenko, T., et al. (2010) Previous reproductive history and post-natal family planning among HIV-infected women in Ukraine. *Human reproduction (Oxford, England)*. 25 (9), 2366–2373. Available from: doi:10.1093/humrep/deq093.
- Schoevers, M.A., van den Muijsenbergh, M.E.T.C. & Lagro-Janssen, A.L.M. (2010) Illegal female immigrants in The Netherlands have unmet needs in sexual and reproductive health. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 31 (4), 256–264.
- Schwartz, S.R., Rees, H., Mehta, S., Venter, W.D.F., et al. (2012) High incidence of unplanned pregnancy after antiretroviral therapy initiation: findings from a prospective cohort study in South Africa. *PloS one*. 7 (4), e36039.
- Sedgh, G., Bearak, J., Singh, S., Bankole, A., et al. (2016) Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet (London, England)*. 388 (10041), 258–267.
- Sénat, M.-V., Sentilhes, L., Battut, A., Benhamou, D., et al. (2015) [Post-partum: Guidelines for clinical practice--Short text]. *Journal De Gynecologie, Obstetrique Et Biologie De La Reproduction*. 44 (10), 1157–1166.
- Speidel, J.J., Harper, C.C. & Shields, W.C. (2008) The potential of long-acting reversible contraception to decrease unintended pregnancy. *Contraception*. 78 (3), 197–200.
- Steiner, R.J., Finocchiaro-Kessler, S. & Dariotis, J.K. (2013) Engaging HIV Care Providers in Conversations With Their Reproductive-Age Patients About Fertility Desires and Intentions: A Historical Review of the HIV Epidemic in the United States. *American journal of public health*. 103 (8), 1357–1366.
- Stewart, Z. (2016) Étude de l'association entre nationalité et morbidité maternelle sévère. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 64 (2), 135.
- Sun, M., Peipert, J.F., Zhao, Q., Wilson, T.E., et al. (2012) Trends in contraceptive use among women with human immunodeficiency virus. *Obstetrics and gynecology*. 120 (4), 783–790.

- Tardieu, M. (2006) *Les Africains en France: de 1914 à nos jours*. Gens d'ici et d'ailleurs. Editions du Rocher.
- Toulemon, L. (2004) La fécondité des immigrées: nouvelles données, nouvelle approche. *Populations et Société*. (400).
- Toulemon, L. & Mazuy, M. (2004) *Comment prendre en compte l'âge à l'arrivée et la durée du séjour en France dans la mesure de la fécondité des immigrants*.
- Tron, L., Lert, F. & Dray Spira, R. (2016) Recours au dépistage systématique des cancers parmi les personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en France métropolitaine. Résultats de l'enquête ANSR-VESPA2, 2011. *BEH, Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. (5–6).
- Trussell, J. (2011) *Contraceptive Efficacy*. Glob.lib.women's med. p. (ISSN: 1756-2228) 2014; DOI 10.3843/GLOWM.10375.
- United Nations (2015) *Trends-World-Contraceptive-Use-2015*
- United Nations (2007) *World Contraceptive Use*.
- United Nations (2011) *World Contraceptive Use 2011*.
- Vignier, N. & Dray-Spira, R. (2017) Un système de protection sociale universaliste, mais des barrières à l'accès aux soins encore trop nombreuses. Annabel Desgrees-du-Lou & France Lert (eds.). *Parcours. Parcours de vie et de santé des Africains immigrés en France*. La Découverte. Paris. p.
- Waitt, C., Low, N., Van de Perre, P., Lyons, F., et al. (2018) Does U=U for breastfeeding mothers and infants? Breastfeeding by mothers on effective treatment for HIV infection in high-income settings. *The lancet. HIV*. 5 (9), e531–e536.
- Warszawski, J., Tubiana, R., Le Chenadec, J., Blanche, S., et al. (2008) Mother-to-child HIV transmission despite antiretroviral therapy in the ANRS French Perinatal Cohort. *AIDS (London, England)*. 22 (2), 289–299.
- Whiteman, M.K., Kissin, D.M., Samarina, A., Curtis, K.M., et al. (2009) Determinants of contraceptive choice among women with HIV. *AIDS (London, England)*. 23 Suppl 1, S47-54.
- Wolff, H., Epiney, M., Lourenco, A.P., Costanza, M.C., et al. (2008) Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC public health*. 8, 93.
- Womack, J., Richman, S., Tien, P.C., Grey, M., et al. (2008) Hormonal contraception and HIV-positive women: metabolic concerns and management strategies. *Journal of midwifery & women's health*. 53 (4), 362–375. A
- Wong, R.C., Bell, R.J., Thunuguntla, K., McNamee, K., et al. (2009) Implanon users are less likely to be satisfied with their contraception after 6 months than IUD users. *Contraception*. 80 (5), 452–456.

World Health Organization (2015) *Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition.*

Zwart, J.J., Richters, J.M., Ory, F., de Vries, J.I.P., et al. (2008) Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371,000 pregnancies. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*. 115 (7), 842–850.

Parcours

Parcours de vie et santé des
Africains immigrés en France



Sous la direction de Annabel Desgrées du Loû
France Lert



Recherches

*La contraception chez les femmes immigrées d'Afrique
saharienne en Ile de France : une pratique généralisée comme
dans la population générale, des méthodes différentes*

Barbara Maraux, France Lert

INTRODUCTION

Immigrer en France, c'est emmener sa famille et ses enfants, parfois les laisser, partir seul et faire couple, rejoindre un conjoint ou encore rompre une union nouée avant de partir, vivre seul ou entrer dans une nouvelle vie sexuelle et affective dans laquelle s'inscrit le projet de faire famille (cf. chapitre 3). Ce projet parental dépend de ces conditions de venue (Hamel & Pailhé 2012) et se construit dans la migration dans un nouveau contexte. Pour les personnes d'Afrique saharienne, c'est passer d'un pays à haute fécondité à un pays à fécondité beaucoup plus basse. Les immigrés s'adaptent à ce nouveau contexte en ayant moins d'enfants que dans les pays d'où ils viennent même si leur nombre idéal d'enfants reste un peu plus élevé que celui de la population d'accueil (3 enfants soit 1,2 de plus que la moyenne en France) (Afulani & Asunka 2015). A 45 ans, les Africains immigrés du Sahel, d'Afrique centrale ou guinéenne en France ont plus d'enfants que la population majoritaire et les Sahéliens sont ceux des immigrés qui en ont le plus (Hamel & Pailhé 2012). Cependant la volonté de maîtriser leur nombre d'enfants et d'espacer les naissances se développe aussi en Afrique saharienne, de façon différente selon les pays, l'environnement urbain ou rural, les milieux sociaux. Face à ces nouvelles attitudes, les dispositifs de planification familiale et l'offre de contraception sont eux aussi variables, mais globalement insuffisants (United Nations 2015) (Bongaarts & Casterline 2013). Ainsi, les femmes immigrées d'Afrique saharienne en France, en particulier celles d'Afrique de l'Ouest, viennent de régions d'offres limitées en matière de contraception et arrivent dans un pays qui a

une des utilisations de la contraception les plus élevées au monde (Bajos et al. 2012).

Les femmes arrivent dans leur majorité entre 20 et 30 ans, et c'est donc en général après la migration que naissent leurs enfants ou une partie de leurs enfants et que se forment ou s'agrandissent des familles (Brutel 2014). Les transformations de la fécondité reflètent celle des rapports de genre. Ces transformations se manifestent aussi dans la structure de l'immigration féminine vers la France avec une féminisation accrue, une élévation du niveau d'étude et plus d'immigrations autonomes, c'est-à-dire de femmes venant seules (Beauchemin et al. 2013). Ainsi dans les années récentes, les femmes sont plus nombreuses à venir de façon autonome et avec déjà un profil différent quant au nombre d'enfants des femmes qui viennent pour rejoindre un conjoint. Comment se saisissent-elles de la contraception et qu'est-ce qui détermine leur accès et leurs choix ?

Le besoin de contraception est étudié parmi les femmes de 18 à 49 ans qui ont répondu à des questions standardisées sur la contraception de façon à permettre les comparaisons entre les enquêtes, notamment les enquêtes nationales en France et entre pays. (cf. encadré). Ces informations sur la contraception portent sur l'année où les données sont collectées et c'est en comparant les situations selon l'ancienneté de l'arrivée en France que l'on peut appréhender l'appropriation de la contraception au cours du parcours migratoire et non de façon diachronique depuis l'arrivée en France ; les informations nécessaires étant difficiles à rapporter de façon fiable de façon rétrospective.

Des besoins en contraception diversifiés selon les profils migratoires

Les femmes de 18 à 49 ans, avec 36 ans d'âge médian ont une ancienneté médiane de migration de 8 à 9 ans, durée qui varie selon les raisons de la migration. Les femmes venues pour des raisons familiales ont l'ancienneté la plus longue tandis que celles ayant fui des menaces dans leur pays ou venues pour des raisons médicales sont arrivées les plus âgées et ont la présence en France la plus courte. Les femmes venues de façon autonome se situent en position intermédiaire. L'âge à l'entrée dans la sexualité et l'âge à la première grossesse ne diffèrent pas selon le motif de la venue en

France, mais au cours du parcours migratoire, la vie sexuelle et la naissance des enfants se produisent selon des chronologies différentes à prendre en compte pour caractériser le besoin de contraception (tableau 1).

Tableau 1: Principaux repères chronologiques de la vie reproductive selon les raisons de la venue en France

	Raisons familiales N=92 Médiane (IQR)	Tenter sa chance- étudier-travailler N=104 Médiane (IQR)	Fuir des menaces - raisons médicales N=74 Médiane (IQR)	Total N=270 Médiane (IQR)	p
Âge à l'arrivée (années)	25 (20-29)	26 (21-28)	30 (25-35)	27 (22-32)	n.s
Âge à l'enquête (années)	37 (30-44)	34 (29-40)	36 (30-43)	36 (29-43)	n.s
Âge au 1er rapport sexuel (années)	18 (16-20)	18 (16-20)	18 (16-20)	18 (16-20)	n.s
Âge à la 1ère grossesse (années)	23 (19-25)	24 (20-27)	23 (18-27)	23 (19-27)	n.s
Nb d'enfants à l'arrivée en France	0,6 (0-1)	0,7 (0-1)	1,3 (0-2)	0,8 (0-1)	*
Nb d'enfants en France	1,8 (1-3)	1,1 (0-2)	0,5 (0-1)	1,2 (0-2)	***
Nb d'enfants à l'enquête	2,8 (1,5-4)	1,9 (1-3)	1,8 (0-3)	2,2 (1-3)	***
Durée du séjour (années)	12 (4-18)	8 (2-12)	4 (1-8)	9 (2-12)	***

Champ : femmes du groupe de référence âgées de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, arrivées après 15 ans en France. Parmi les 407 femmes du groupe de référence, 270 femmes sont incluses dans l'étude des pratiques contraceptives. *Lecture* : âge au premier rapport, la moitié des femmes arrivées pour raisons familiales ont eu leur premier rapport avant 18 ans. *Légende* : significativité à n.s : non significatif, * 5%, ** : 1% *** : 0,1% ; IQR : intervalle interquartile. *Source* : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Au moment de l'enquête, sept femmes sur dix sont dans une relation de couple, avec ou sans cohabitation, dont plus de la moitié avec des conjoints ou partenaires originaires d'Afrique subsaharienne ; là encore les profils varient selon les raisons de la migration avec plus de femmes en relation de couple parmi les femmes venues pour raisons familiales et moins de conjoints immigrés d'Afrique subsaharienne parmi les femmes venues de façon autonome. Cette particularité des femmes arrivées hors du cadre classique du regroupement

Trajectoires et Origines (TeO) qui observait que parmi l'ensemble des immigrés d'Afrique subsaharienne en couple, la moitié ou plus avaient un conjoint africain généralement rencontré avant la migration et que les femmes arrivées célibataires, se mettaient en couple avec un temps de retard et plus souvent avec un partenaire non africain. (Hamel et al. 2012)

Encadré 1. Recueil de l'information sur la contraception et la méthode utilisée

Le questionnaire standard de l'enquête nationale FECOND pour interroger les femmes en âge de procréer sur leurs connaissances et leurs pratiques liées à la contraception (entre autres) a été utilisé dans Parcours pour permettre les comparaisons. De façon générale, dans les enquêtes, les femmes définies comme « en besoin de contraception » sont les femmes en âge de procréer, sexuellement actives, qui ne sont pas enceintes ou ne cherchent pas de grossesses et ne sont pas stériles. Les informations collectées dans l'enquête Parcours permettent d'identifier les femmes en besoin de contraception, la pratique ou non d'une méthode contraceptive, les méthodes utilisées au moment de l'enquête. Ces méthodes sont regroupées de deux façons : d'une part en méthodes modernes ou méthodes naturelles, et d'autre part, parmi les méthodes modernes en séparant le préservatif des méthodes qui nécessitent la prescription ou l'intervention du médecin, appelées ici méthodes médicales : la pilule, l'implant, le patch, l'anneau vaginal, le dispositif intra-utérin ou stérilet, la contraception d'urgence et la stérilisation tubaire. Lorsque plusieurs méthodes sont déclarées, la méthode retenue est la plus efficace selon un algorithme d'efficacité théorique (Trussell 2011).

Les questions posées étaient les suivantes :

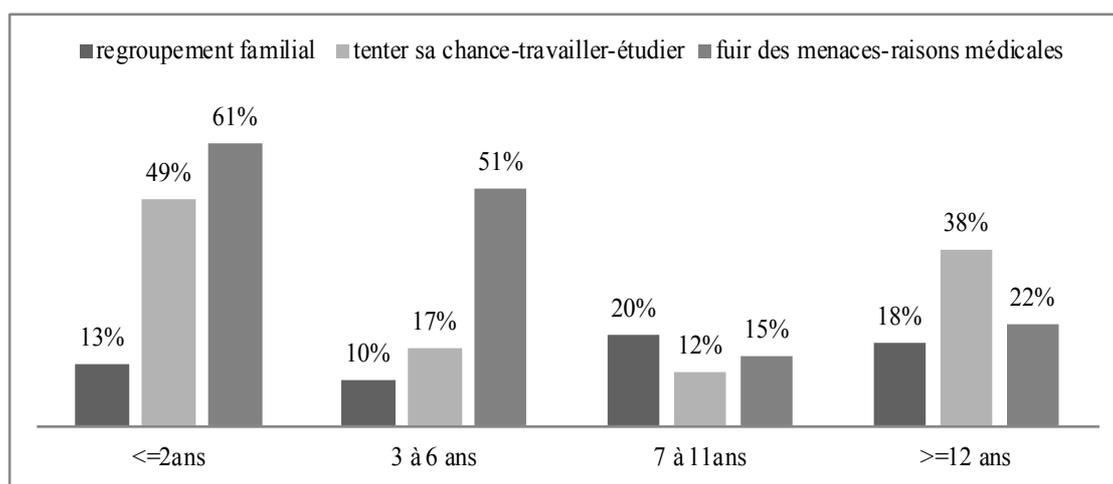
A. Actuellement utilisez-vous un moyen pour éviter une grossesse ? Si la réponse était positive alors les personnes devaient indiquer le ou les moyens utilisés sans que ceux-ci soient énoncés par l'enquêteur (préservatif, pilule, dispositif intra-utérin, implant contraceptif, patch hormonal, anneau vaginal, stérilisation contraceptive, injection contraceptive, contraception d'urgence, méthode naturelle, aucune méthode). En cas de réponse négative, une deuxième question était posée :

B. Vous n'utilisez pas de contraception en ce moment. Est-ce parce que... ?, avec le

choix entre les modalités suivantes : pas de rapport sexuel depuis 12 mois ou plus, recherche de grossesse ou enceinte ou postpartum, infertilité, ménopause, hystérectomie.

Parcours apporte des informations sur la vie sexuelle (données peu disponibles dans les enquêtes démographiques) qui est elle aussi affectée par la migration. Rappelons d'abord qu'une femme sur cinq n'était pas entrée dans la sexualité avant d'arriver en France. Dans les deux premières années de leur immigration, près de la moitié des femmes sont sans activité sexuelle, un autre quart sont enceintes ou veulent l'être, et le quart restant sexuellement actives et sans désir de procréation, et donc répondent à la définition du besoin de contraception. Ces proportions varient selon les raisons de la migration : les femmes arrivées pour tenter leur chance ou travailler, sont près de la moitié à ne pas avoir de relations sexuelles dans les deux premières années de leur venue, c'est encore plus fréquent chez les femmes qui ont fui des menaces (61%) alors que les femmes venues pour des raisons familiales ne sont que 13% dans ce cas. Avec le temps, les profils se rapprochent pour arriver à des proportions similaires, mais plus lentement pour les femmes ayant fui des menaces, puis l'inactivité sexuelle réaugmente avec l'âge et donc la durée de présence en France. (Figure 1)

Figure 1. Absence de relations sexuelles pendant au moins 12 mois selon la raison de l'immigration et son ancienneté parmi les femmes en âge de procréer (%)



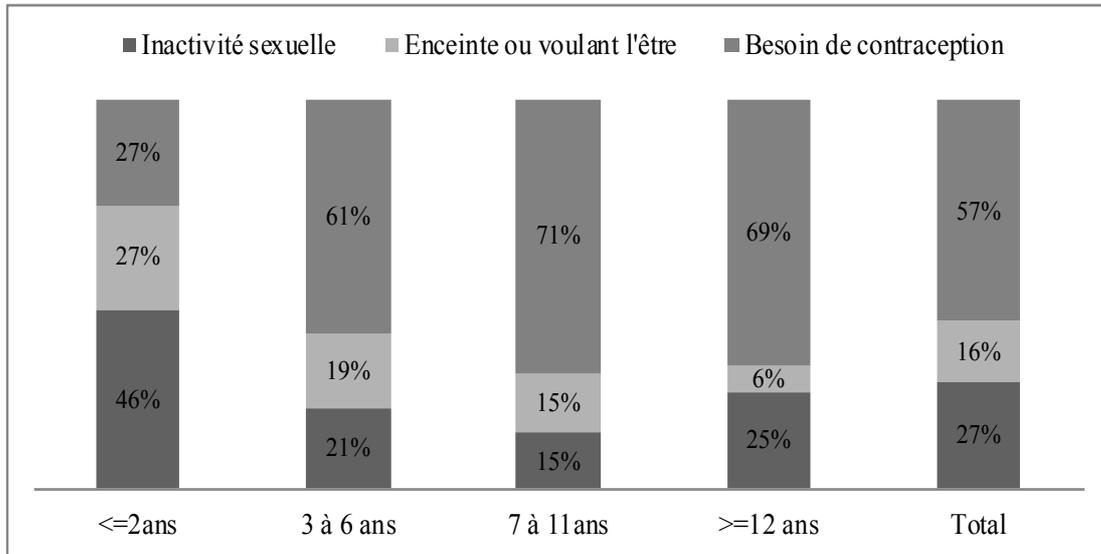
Champ : femmes du groupe de référence de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, arrivées après 15 ans en France. *Lecture* : parmi les femmes en France depuis moins de 2 ans, 13 % des femmes sont venues pour raisons

Le besoin de contraception est classiquement déterminé par le nombre d'enfants et le désir de nouvelles grossesses. Les femmes venues en raison de menaces étaient plus souvent déjà mères, et sont celles qui ont le moins d'enfants après leur arrivée. Celles venues rejoindre leur famille avaient moins d'enfants avant d'émigrer, et trois sur quatre en ont eu en France depuis leur arrivée. En position intermédiaire se trouvent les femmes venues tenter leur chance, travailler ou étudier et majoritairement sans enfant à leur arrivée et qui n'ont eu qu'un seul enfant en France, marque d'une mise à distance de la norme procréative qui va de pair avec plus de mixité dans le couple.

Ainsi le calendrier des naissances est fortement influencé par ce contexte migratoire. Les femmes venues pour des raisons familiales ont un premier enfant en France la deuxième année suivant leur venue, cette première naissance survient pour les autres femmes : la 5^e année pour celles venues travailler ou étudier et la 6^e année pour les femmes venues car menacées. L'espace de la naissance suivante qui renvoie au besoin de contraception est aussi plus court pour les femmes venues pour rejoindre un conjoint (4 ans), que pour les autres (7 ans). Quant au recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) depuis l'arrivée, il se produit plutôt avant la première naissance en France pour les femmes venues travailler ou étudier ou pour fuir des menaces que pour celles venues en contexte familial. Quand celles-ci recourent à l'IVG c'est en général après la naissance de plusieurs enfants (8 ans en médiane après l'immigration).

Ainsi, le besoin de contraception augmente fortement après les toutes premières années avec le début ou la reprise de l'activité sexuelle, la construction des unions, puis plus tard lorsque les femmes ont atteint le nombre d'enfants qu'elles souhaitent. (Figure 2).

Figure 2. Situation sexuelle et reproductive parmi les femmes en âge de procréer selon leur durée de séjour (%)



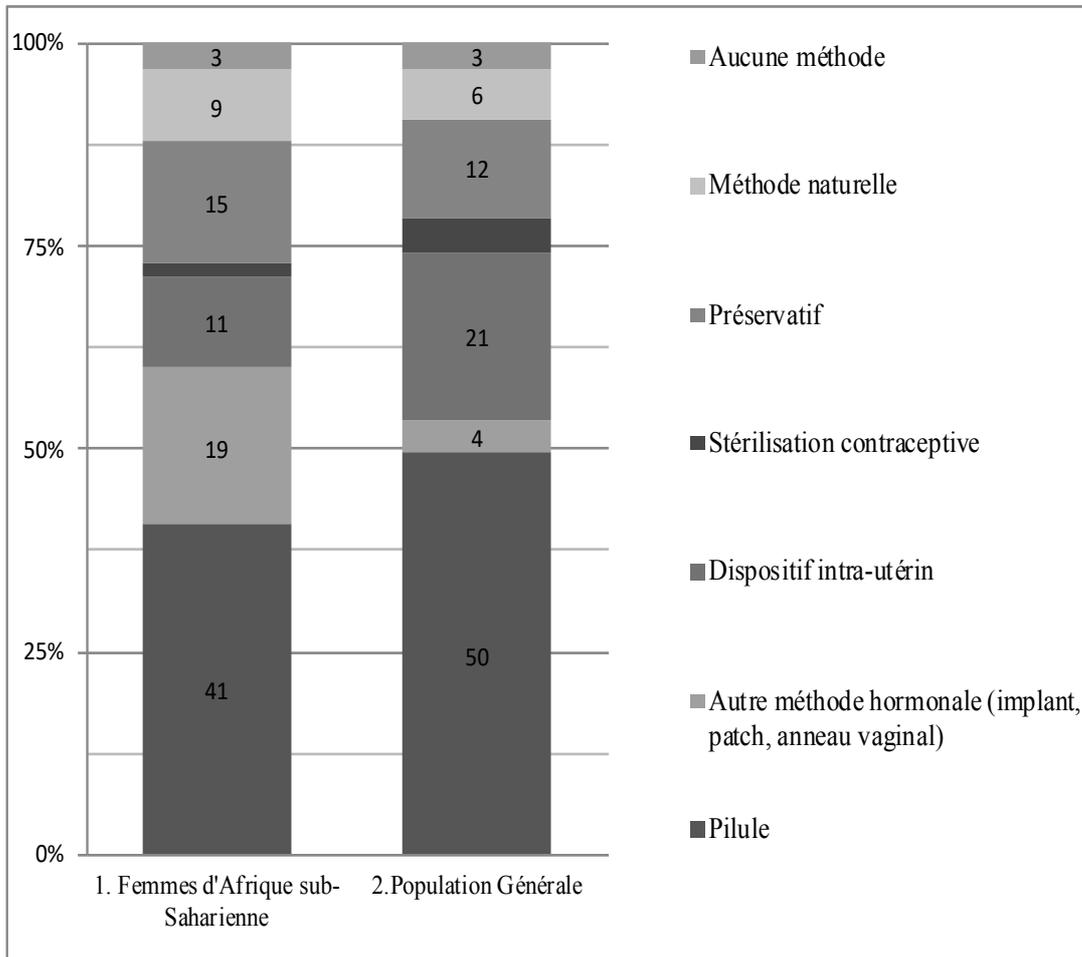
Champ : femmes du groupe de référence âgées de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, arrivées après 15 ans en France, non enceintes ou ne recherchant pas une grossesse. *Lecture* : parmi les femmes en France depuis 3 à 6 ans, 21% n'ont pas eu de rapports sexuels dans les 12 mois, 19% sont enceintes ou en recherche de grossesse, 61% sont en besoin de contraception. *Source* : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

PRATIQUES CONTRACEPTIVES : NIVEAU ET TYPE DE METHODES UTILISEES EN FRANCE

Avant leur arrivée en France, une majorité de femmes n'avait pas d'expérience de la contraception, seulement une femme sur dix avait déjà utilisé une contraception médicale et 30% des femmes déclaraient avoir déjà utilisé le préservatif avec une visée contraceptive.

Parmi les femmes en besoin de contraception, au moment de l'enquête, seulement un peu plus de 3% déclarent n'utiliser aucune méthode contraceptive, sept femmes sur dix (73%) utilisent un moyen de contraception médicale, 15% le préservatif et 9% une méthode naturelle. Parmi les moyens médicaux déclarés les plus utilisés sont la pilule (41%), suivie par l'implant contraceptif (19%), le dispositif intra-utérin (11%) puis la stérilisation tubaire (moins de 2%), d'utilisation très rare en France (Figure 3). Aucune femme n'a déclaré avoir recours à l'injection. Les autres méthodes, patch contraceptif, anneau vaginal, pilule du lendemain ne sont jamais citées.

Figure 3. Couverture et méthodes contraceptives parmi les femmes en besoin de contraception - 1) dans la population des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne (Parcours) - 2) en population générale (Étude FECOND, 2010).



Champ 1 : femmes du groupe de référence de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, arrivées après 15 ans en France, non enceintes ou ne recherchant pas une grossesse. *Lecture* : 41% des femmes utilisent la pilule comme méthode de contraception et 19% une autre méthode hormonale (implant). *Source* : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013. *Champ 2* : femmes de la population générale de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, non enceintes ou ne recherchant pas une grossesse. *Lecture* : 50% des femmes utilisent la pilule comme méthode de contraception et 21% le stérilet. *Source* : enquête FECOND 2010 INSERM-INED

Comparé à celui de la population française enquêtée en 2010 dans l'étude FECOND, le niveau de la couverture contraceptive chez les immigrées subsahariennes enquêtées dans Parcours est très similaire avec un recours un peu plus marqué aux méthodes non médicales (24 % vs. 18 %). En effet, la répartition des méthodes est différente chez celles-ci avec une place moindre pour la pilule, plus d'implants, moins de recours au dispositif intra-utérin, un peu moins de stérilisation tubaire et un peu plus de recours au préservatif. Cette

expliquée par la promotion du préservatif en Afrique subsaharienne dans le cadre de la prévention du VIH, plus accessible que les méthodes médicales, notamment pour les femmes qui ne sont pas en union. Cette expérience contribuerait à l'utilisation contraceptive du préservatif en France. L'acmé de la crise de la pilule qui a mis à jour les effets adverses sévères de la pilule de 3^e génération se situe au milieu du recueil de l'enquête Parcours fin 2012. Cette crise a amené très rapidement parmi les femmes en France un délaissement de la pilule au profit des méthodes naturelles et qui selon les données de l'enquête nationale de 2013, aurait été particulièrement accentué chez les immigrées d'Afrique subsaharienne (Bajos 2014). Le retentissement de cette affaire très relayée par les médias a pu affecter les participantes de Parcours sans qu'il soit possible d'en mesurer l'ampleur.

Le recours à une méthode médicale varie selon l'âge et le nombre d'enfants (cf. annexe 1 du chapitre 14 sur le site (<http://www.ceped.org/parcours/annexe-14-1>)). C'est entre 30 et 39 ans que la couverture contraceptive par des méthodes médicales atteint près de 90 % avec une forte utilisation de la pilule, elle baisse après 40 ans, au profit des méthodes naturelles ou de l'absence de toute contraception. L'usage de l'implant contraceptif, un cinquième des femmes, est plus marqué chez les femmes de moins de 30 ans (3 femmes sur 10). Si l'on y ajoute le dispositif intra-utérin, cette tranche d'âge représente celle où la fréquence d'utilisation de moyens de longue durée d'action est la plus grande.

Ce recours aux méthodes médicales augmente aussi avec le nombre d'enfants passant de 45 % pour les femmes sans enfant à environ trois femmes sur quatre chez les femmes qui ont des enfants.

L'étude des facteurs associés à la contraception médicale a été menée en s'affranchissant par ajustement des facteurs directement liés à l'histoire reproductive (âge et nombre d'enfants) pour étudier le rôle des caractéristiques clés du parcours migratoire (raison de la migration, âge d'arrivée et temps passé en France), le contexte relationnel (type et homogamie du couple), les facteurs socioéconomiques (niveau d'étude, activité professionnelle), les facteurs culturels (religion et pratique du français en famille), enfin ceux liés à l'accès aux soins (couverture maladie, naissance ou IVG

en France, désignation d'un médecin traitant).

Tableau 2. Facteurs associés à la contraception médicale versus non médicale parmi les femmes en besoin de contraception

	N=135	%	RPa
Âge (années)			
18-29ans	35	72 %***	1.48*
30-39ans	50	87 %	1.44
40-49ans	50	61 %	Ref
Nb d'enfants à l'enquête			
0	10	44 %	Ref
1 ou 2	53	74 %	1.84
>=3	72	76 %	2.12*
Statut socio-professionnel			
Inactive ou emploi peu qualifié	107	69 %	Ref
Emploi de qualification intermédiaire ou élevée	28	86 %	1.31*
Santé perçue			
Très bonne	26	89 %	1.24*
Bonne	58	72 %	Ref
Moyenne ou mauvaise	51	66 %	0.89
Temps passé en France			
0-6ans	43	52 %	Ref
7ans ou plus	92	80 %***	1.61***
Âge à l'arrivée			
Entre 15 et 27ans	91	81 %*	1.45
28ans ou plus	44	56 %	Ref
Vie reproductive en France			
Pas de grossesse	26	47%	Ref
Avoir eu un enfant	84	76%*	1.39
Avoir eu une IVG	25	88%*	1.55

Champ : femmes du groupe de référence âgées de 18 à 49 ans, non stériles, sexuellement actives et non enceintes ou en recherche de grossesse. *Note*: les résultats ont été obtenus à l'aide de régressions de Poisson. Lecture : Après prise en compte de l'âge et du nombre d'enfants, avoir 1 ou 2 enfants, augmente la probabilité d'utiliser une méthode médicale par un facteur 1.84; absence d'association significative avec le niveau d'éducation, le type de relation, la langue parlée en famille, la pratique religieuse, le type d'assurance maladie, la désignation d'un médecin traitant, la raison d'immigration et l'utilisation d'une contraception avant l'immigration. *Légende*: significativité à n.s : non significatif, * 5 %, ** : 1 % *** : 0,1 %, Ref: variable de référence; RPa: Rapport de prévalence ajusté sur l'âge et le nombre d'enfants . *Source* : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Les femmes arrivées plus jeunes et depuis plus longtemps ont un recours accru à la

contraception médicale. C'est le cas aussi des femmes qui exercent une activité qualifiée par rapport aux femmes inactives ou ayant un emploi peu qualifié. Cependant l'absence d'association avec le motif d'immigration, le niveau d'étude, la langue utilisée dans la vie quotidienne, la pratique religieuse ou l'origine du conjoint ou partenaire va dans le sens d'un faible impact des facteurs sociaux ou culturels dans l'adoption de la contraception.

Le type de couverture maladie comme la désignation d'un médecin traitant n'affectent pas non plus la pratique contraceptive. En revanche les femmes ayant accouché ou ayant eu une IVG en France sont plus susceptibles d'utiliser une contraception médicale (76% et 88% vs 50%) et d'utiliser davantage des moyens contraceptifs de longue durée d'action (37% vs 5% respectivement). On retrouve également et comme en population générale une association positive entre une contraception efficace et le fait de se sentir en bonne santé, la protection vis-à-vis des grossesses non désirées par le contrôle de sa fécondité étant un élément majeur de la santé sexuelle et de la santé en général (Bajos & Bozon 2008).

Les pratiques contraceptives telles qu'elles apparaissent parmi les femmes enquêtées dans Parcours indiquent que l'adhésion des femmes à la maîtrise de la fécondité rencontre après leur immigration un contexte favorable à l'appropriation de la contraception médicale. Ce n'est guère étonnant, car de façon générale, la faiblesse de l'offre, son manque de diversité et les difficultés d'accès sont considérés comme des facteurs contribuant à la faible utilisation de la contraception en Afrique (United Nations 2015).

Les résultats observés ici peuvent être compris comme une familiarité avec l'offre contraceptive qui augmente dans le temps, renforcée par le contact avec les services de santé en obstétrique et gynécologie à l'occasion des accouchements ou des IVG. La proposition d'une contraception à la maternité fait partie de la prise en charge tant dans les recommandations françaises qu'internationales (Sénat et al. 2015)(WHO 2015) pour permettre l'espacement des naissances et prévenir les complications des naissances rapprochées (Conde-Agudelo et al. 2006), en particulier dans un contexte de complications plus fréquentes chez les femmes africaines (Philibert et al. 2008).

Toutefois, les services de santé, dont les maternités, peuvent exercer une pression envers les usagères: c'est ce que suggérait une étude menée à Paris sur les pratiques envers les femmes maliennes, qui mettait en évidence une forte incitation à la contraception après l'accouchement inscrite dans une désapprobation de ce qui est perçu comme une hyperfécondité (Sargent 2006)(Sargent & Cordell 2003).

Comme observé par Poncet pour l'ensemble des femmes immigrées enquêtées dans l'étude TeO (Poncet et al. 2013), le fait d'exercer une activité qualifiée augmente parmi les femmes africaines en France la probabilité d'utiliser une méthode médicale, alors que l'association avec le niveau d'étude n'est pas observée ici. L'observation dans Parcours évoque donc plutôt un effet de socialisation qu'un effet de connaissance alors que les facteurs culturels, certes appréhendés d'une façon limitée ici (pratique religieuse, langue, homogamie ou mixité du couple), n'influencent pas le recours aux méthodes médicales de contraception.

L'absence de lien avec l'affiliation aux différents régimes d'assurance maladie va dans le sens d'un accès relativement aisé. En effet, la contraception en France est facilitée par une bonne accessibilité tant en termes de communication générale, de prise en charge par l'assurance maladie que d'implantation des centres de planification familiale. La gratuité des soins en prénatal, celle de l'IVG et de la contraception dans les centres de planification familiale favorisent aussi sans doute le niveau de la contraception dans cette population, malgré les difficultés administratives, financières et de santé, plus prégnantes dans les premières années suivant l'arrivée.

De nombreux auteurs ont étudié le rôle des normes qui encadrent le nombre idéal d'enfants et les pratiques de contraception dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Ces normes ont trait à la procréation, à la grossesse du primat du plaisir masculin, à la crainte des effets de la contraception médicalisée sur la fertilité pour les femmes qui n'ont pas encore été au bout de leur projet maternel, ou encore au contrôle social par la famille. Ces normes ne sont pas univoques, mais au contraire en tension dans des sociétés qui évoluent, en Afrique comme ailleurs (Bajos et al. 2013). Ces normes ne sont pas forcément effacées, mais on fait ici l'hypothèse que la diversité des moyens disponibles, certains

moindre de la famille) et sans doute une information plus large permettent aux femmes de se saisir de la contraception en levant des craintes sur les effets ad verses qui peuvent exister lorsque l'information est insuffisante (United Nations 2015).

Pour autant dans un pays dont le slogan valorise le choix « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » (campagne INPES de 2007) ou « la contraception qui vous convient existe » (2013), ce choix est-il ouvert aux femmes quant à la méthode la mieux adaptée à leurs relations, à leur sexualité et à leurs attentes ? La proportion plus importante d'utilisation de l'implant par rapport à l'ensemble des femmes en France interroge : s'agit-il d'une préférence des femmes ou d'un choix orienté par le médecin ? Si les méthodes à longue durée d'action sont plus efficaces (Blumenthal et al. 2011) et sans doute plus adaptées particulièrement aux femmes après l'accouchement (Sénat et al. 2015)(Pih Holder 2015), pourquoi dans ce cas une si faible utilisation du dispositif intra-utérin ? Longtemps réservé aux femmes ayant déjà eu des enfants, celui-ci prend de plus en plus de place aujourd'hui chez les plus jeunes et les femmes sans enfant en écho aux craintes suscitées par la pilule (Bajos 2014). A l'inverse, l'implant mis sur le marché en 2001, n'a que peu de succès, avec moins de 3% d'utilisatrices tous âges confondus en France en population générale (Moreau et al. 2013). D'ailleurs les recommandations de la Haute Autorité de Santé en font une méthode de deuxième intention en raison des effets secondaires (saignements répétés, prise de poids) et de la fréquence élevée d'interruption de la méthode dès la première année (HAS 2013)(Wong et al. 2009)(Madden et al. 2010). La préférence pour l'implant par rapport au dispositif intra-utérin peut tenir d'une attitude médicale basée sur le risque accru d'infection génitale chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne et qui limiterait la proposition du dispositif intra-utérin. Ou encore faut-il y voir du côté des femmes une crainte par rapport à ce dispositif (peur du caractère invasif, crainte d'infertilité secondaire) : en Afrique subsaharienne, tous pays confondus, l'utilisation du dispositif intra-utérin était inférieure à 1 % en 2015 (United Nations 2015).

L'implant est-il pour les femmes un choix renvoyant à l'expérience ou la connaissance de l'injection contraceptive relativement fréquente dans certains pays par sa facilité

facilité d'usage et le fait qu'elle puisse s'utiliser à l'insu du partenaire ? C'est le cas par exemple au Mali où parmi les 11 % de femmes utilisant une contraception moderne, 5% ont recours à l'injection, les chiffres étant respectivement de 17 et 6 % au Sénégal, mais seulement de 15% et 3% en Côte d'Ivoire (United Nations 2015). Il est ainsi possible que l'implant réponde aux attentes ou à l'expérience des femmes vis-à-vis de la contraception injectable. Il est aussi possible que l'implant soit plus souvent proposé par les professionnels de santé aux femmes africaines, pour les mêmes raisons qui leur faisaient proposer la contraception injectable. Les travaux menés dans le passé sur la contraception injectable suggèrent que cette méthode contestée de longue date en raison de ses effets secondaires fréquents était proposée en France aux femmes, dont le niveau d'instruction, la position sociale, la situation conjugale ou la répétition des grossesses étaient considérées comme autant de barrières à la prise quotidienne de la pilule (Bretin 2004). En serait-il de même aujourd'hui avec l'implant, méthode certes beaucoup moins discutée ? D'autres études seraient nécessaires pour éclaircir ce point.

CONCLUSION

Arriver en France, retrouver son conjoint et faire famille ou venir en France autonome ou en « pionnière » puis rencontrer des partenaires et former couple et famille, dessinent des parcours différents dans la temporalité du besoin et de l'usage de la contraception. Les données ne permettent pas d'appréhender le rôle joué dans la diversité de ces parcours par la situation propre à chaque pays ou région d'origine en termes de religion, de rapports entre hommes et femmes, de type de famille, d'hétérogénéité entre villes et régions rurales, de politique de santé reproductive. Le niveau très élevé de la prévalence contraceptive montre cependant que cette diversité affecte peu l'adoption de la contraception, répondant ainsi à des aspirations préexistantes et qui ne trouvaient pas de réponse suffisante dans le pays d'origine. Pour autant si les méthodes disponibles sont très efficaces, elles ont aussi une efficacité qui pour la pilule ou le préservatif dépend d'une régularité rigoureuse au quotidien et de leur continuité dans la durée, faute de quoi elles peuvent aussi être prises en défaut.

forte et traduit à la fois l'accès facilité à la contraception et leur capacité à se saisir de cette ressource pour maîtriser leur fécondité. Il reste à s'assurer qu'elles bénéficient pleinement de la méthode qui correspond le mieux à leurs besoins.

BIBLIOGRAPHIE

Afulani, P. & Asunka, J., 2015. Socialization, Adaptation, Transnationalism, and the Reproductive Behavior of Sub-Saharan African Migrants in France. *Popul Res Policy Rev*, 34:561-592.

Bajos, N. et al., 2012. Contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? *Population et Sociétés*, (492).

Bajos, N., 2014. La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif? *Population et Sociétés*, (511).

Bajos, N. et al., 2013. Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains. *Population*, Vol. 68(1), pp.17–39.

Bajos, N. & Bozon, M., 2008. Enquête sur la sexualité en France: Pratiques, Genre et Santé (Inserm, Ined, ANRS) La Découverte.,

Beauchemin, C., Borrel, C. & Régnard, C., 2013. Les immigrés en France: en majorité des femmes. *Population et Sociétés*, (502).

Blumenthal, P.D., Voedisch, A. & Gemzell-Danielsson, K., 2011. Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception. *Human Reproduction Update*, 17(1), pp.121–137.

Bongaarts, J. & Casterline, J., 2013. Fertility Transition: Is sub-Saharan Africa Different? *Population and Development Review*, 38, pp.153–168.

Bretin, H., 2004. Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France. *Sciences sociales et santé*, 22(3), pp.87–110.

Brutel, C., 2014. Les immigrés récemment arrivés en France. INSEE n°1524.

Conde-Agudelo, A., Rosas-Bermúdez, A. & Kafury-Goeta, A.C., 2006. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA*, 295(15), pp.1809–1823.

Hamel, C. et al., 2012. Former un couple en contexte multiculturel. In *Trajectoires et origines, enquête sur la diversité des population en France*. p. Chapitre 10. pp 291–311.

Hamel & Pailhé, 2012. Avoir des enfants en contexte migratoire. In *Trajectoires et origines, enquête sur la diversité des population en France*. p. Chapitre 11. pp 323–349.

HAS, 2013. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme: document à l'usage des professionnels.

Madden, T. et al., 2010. Intrauterine contraception in Saint Louis: a survey of obstetrician and gynecologists' knowledge and attitudes. *Contraception*, 81(2), pp.112–116.

Moreau, C. et al., 2013. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertility and sterility*, 100(2), pp.451–458.

Philibert, M., Deneux-Tharoux, C. & Bouvier-Colle, M.-H., 2008. Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 115(11), pp.1411–1418.

Pieh Holder, K.L., 2015. Contraception and Breastfeeding. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 58(4), pp.928–935.

Poncet, L.C. et al., 2013. Contraceptive use and method among immigrant women in France: Relationship with socioeconomic status. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(6), pp.468–479.

Sargent, C. & Cordell, D., 2003. Polygamy, disrupted reproduction, and the state: Malian migrants in Paris, France. *Social Science & Medicine* (1982), 56(9), pp.1961–1972.

Sargent, C.F., 2006. Reproductive strategies and Islamic discourse: Malian migrants negotiate everyday life in Paris, France. *Medical Anthropology Quarterly*, 20(1), pp.31–49.

Sénat, M.-V. et al., 2015. [Post-partum: Guidelines for clinical practice--Short text].

Women living with HIV still lack highly effective contraception: Results from the ANRS-Vespa2 study, France, 2011

Running head: Women living with HIV lack highly effective contraception

Maraux B¹, Hamelin C^{2,1}, Bajos N^{1,3,4}, Dray-Spira R^{5,6}, Spire B^{7,8,9}, Lert F^{1,2} and the Vespa2 study group

¹ INSERM U1018, Centre de Recherche en Épidémiologie et Santé des populations, Villejuif, France

² Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, Villejuif, France

³ INED, Paris, France

⁴ Université Paris Sud, Le Kremlin-Bicêtre, France

⁵ INSERM, UMRS 1136, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique, Équipe de recherche en épidémiologie sociale, F-75013, Paris, France

⁶ Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, UMR_S 1136, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique, Équipe de recherche en épidémiologie sociale, F-75013, Paris, France

⁷ INSERM UMRS 912 (SESSTIM), Marseille, France

⁸ Aix Marseille Université, UMRS 912, IRD, Marseille, France

⁹ ORS PACA, Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte-D'azur, Marseille, France

Corresponding author: Barbara Maraux, CESP-Inserm, Hôpital Paul Brousse, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex.

Telephone: 33 6 77 80 30 14/ Fax: 33 1 77 74 74 03

barbara.maraux@gmail.com

Keywords: HIV, women, contraception, dual method protection, France

XII. Abstract

Objectives: Advances in ART have led to improvements in reproductive health for women living with HIV. This paper aims to investigate the pattern of contraceptive use among women living with HIV in France.

Study Design: Data were drawn from the ANRS-VESPA2 study, which included a representative sample of HIV-positive people. Contraception methods were documented, including condoms, highly effective contraception methods (HEC) and traditional methods.

We measured the frequency of not using any modern contraception (neither condoms nor HEC) and of HEC use and studied their correlates (i.e., geographic origin, age, parity, partnership status, education level, material deprivation, employment status, health insurance, visits to a gynecologist, being on ART, cardiovascular risk) among women at risk of an unintended pregnancy.

Results: Of the 662 women of reproductive age, 327 were in need of contraception. Overall, 20.5% used HEC, 58.8% used condoms and 20.7% used traditional or no methods, with no difference according to geographic origin (sub-Saharan African women (SSA) vs. French and other migrant women). Among SSA women, being <30 years old (OR 16.39, 95%CI 2.77-97.01), having had at least one child (OR 3.75, 95%CI 1.75-8.04) and being employed (OR 2.36, 95%CI 0.99-5.61) were associated with HEC use; among French and other migrant women, HEC use was associated with being in a stable partnership (OR 4.5, 95%CI 1.2-17.2) and material deprivation (OR 3.3 95%CI 1.4-9.8). Gynecologist visits, health insurance status and cardiovascular risk were not associated with HEC use.

Conclusions: Condoms remained the predominant contraceptive method despite the absence of restrictions on hormonal contraception and IUD use for HIV-positive women. The recent recommendations about dual method protection should be actively promoted, targeting HIV-positive women, HIV-specialists and gynecologists to overcome the barriers to effective contraception.

Implications: The information provided in this study constitutes a major contribution to comprehensively inform the scientific community on contraception practices among women living with HIV in France in the early 2010s. Our results show that the therapeutic advances

since the late 1990s and the removal of restrictions on hormonal contraception use have not led to the expected shift in contraception patterns. There is an urgent need to promote dual method protection, as condom use may decrease in the future in the context of the preventive effect of antiretroviral treatment.

XIII. 1. Introduction

The enhanced effectiveness of antiretroviral treatments (ART) have led to shifts in reproductive concerns over time from the risk of mother-to-child transmission to the sexual and reproductive health needs and rights of women living with HIV [1][2]. In the early Highly Active Antiretroviral Therapy period, possible drug interactions between antiretroviral drugs and hormonal contraception led to cautious recommendations with regards to their concurrent use in women. However, as further evidence of such interactions was not found [3], the World Health Organization concluded in 2012 that women living with HIV could use hormonal contraception without restriction, including IUDs (copper IUD or hormone-releasing IUD) [4][5].

Scant information is available on the contraceptive practices of women living with HIV [6] [7] or on interventions to increase effective contraception use [8]. Condoms have been found to be the most widespread contraception method among women living with HIV in Western countries; however, the inconsistent use of condoms remains widespread [9], and the use of highly effective methods has remained rare [10]. Above all, high rates of unintended pregnancy have been registered among women living with HIV (ranging from 50% to 85%)[11][12][13], suggesting unmet needs for contraception.

The purpose of this paper is to describe the pattern of contraceptive use in women living with HIV in France in the early 2010s. It aims to assess the extent to which this pattern is related to HIV infection characteristics, to reproductive and sexual factors, to social situations [13][14] and to accessibility to reproductive health services.

As in other Western Europe countries, a large proportion of women living with HIV in France are migrants from sub-Saharan Africa with a lower use of contraceptive methods compared to French natives [14][15]. This article documents the contraceptive methods and associated variables for women living with HIV in France, with a specific focus upon women from sub-Saharan Africa relative to other women (mainly native French women).

XIV. 2. Methods

2.1 Study design

This study used data from the ANRS-VESPA2 study, a large national random survey that primarily aimed to assess the diversity of socioeconomic conditions and the health status of people living with HIV in France. The study design has been detailed elsewhere [16]. Briefly, the study was conducted (April 2011-January 2012) in 68 hospitals that were randomly selected. All adult outpatients (age >18) diagnosed with HIV for at least 6 months and having lived in France for ≥ 6 months were eligible. In participating centers, physicians invited a random sample of eligible patients to participate in the study. After providing informed consent, participants answered a face-to-face questionnaire administered by a trained interviewer. Information on HIV infection markers was documented from medical records. All participants received a 15€ voucher.

Among the 5,167 individuals randomly selected, 378 were excluded (due to a major cognitive/health impairment or a very poor understanding of the French language), 1,767 (33.7%) declined to participate and 3,022 (among whom 932 were women) were included in the study. To account for a participation bias, a weighting procedure was used based on a full documentation of the eligible population for the main demographic and medical characteristics.

The ANRS-VESPA2 study was approved by the French National Commission for Data Protection and Liberties (CNIL).

2.2 Population

Among women of reproductive age (18-49 years of age), those women with a need for contraception were defined as sexually active during the previous 12 months, able to conceive (i.e., excluding menopausal women, women who reported being sterile and who hadn't undergone medical tubal sterilization) and neither pregnant nor seeking to become pregnant. The study population was divided into two groups according to geographic origin: migrant women born in sub-Saharan Africa (SSA women, 55.7%) and other women, grouping native French women (38.7%) and other migrant women (5.6%) with diverse origins.

2.3 Variables of interest

Using a questionnaire similar to the French national surveys on contraception [15], women were asked if they were currently using anything to avoid becoming pregnant, including

condoms, natural and/or barrier methods, and if so, what specific methods they were using. To avoid any confusion in the report of condom use, either as a contraceptive method or as a preventive method against HIV/ STI transmission, the questions regarding contraceptive methods (including condoms) were asked in the first part of the questionnaire dedicated to medical care, whereas the questions about condom use at last sexual intercourse according to the type and the HIV status of the partner were asked later in the sexual behavior section.

According to the WHO Planning family fact sheet [17], contraceptive methods were divided into three categories: (a) modern contraception, which consisted of highly effective contraceptive methods (HEC, namely oral contraceptive pills, intrauterine devices, implant, medical sterilization and hormonal injection- emergency contraception was not declared), (b) male and female condoms, and (c) no modern contraception (no contraception or only traditional methods, including withdrawal or periodic abstinence). If women reported more than one method, a hierarchical algorithm retained the most effective method, based on the typical use failure rates published in the literature [18]. Women who reported the use of either HEC or condoms as a contraceptive method were classified as using ‘modern methods’. Women declaring a highly effective method and condoms as their contraceptive methods were classified as using HEC.

Several types of correlates of contraceptive patterns were studied:

Reproductive and sexual factors included age, having at least one child (having given birth to at least one child), current stable partnership, HIV status of the stable partner and satisfaction with sexual life. Social variables included educational attainment, current employment and severe material deprivation according to the EU-SILC criteria [19]. To assess the accessibility of contraceptive methods, two variables were used: having a full complementary health insurance (such affiliation supplements the basic health insurance system and allows for an almost 100% coverage of health expenses) and a visit to a gynecologist in the previous 12 months.

The time since diagnosis, being on ART and having a cardiovascular risk (defined by a lifetime cardiovascular event, diabetes, hypertension or hyperlipidaemia) were also considered.

2.4 Statistical analyses

Among women in need of contraception, the characteristics associated with i) not using any modern contraception vs. HEC and condom use and ii) using HEC vs. condoms were studied using logistic regressions. Interactions with origin were systematically tested using likelihood

ratio tests. For the characteristics associated with not using any modern contraception, no interaction was found and univariate and multivariate logistic regressions including age, having children and variables with univariate p values ≤ 0.05 were performed for the whole sample. For characteristics associated with using HEC vs. condoms, and because a significant interaction was found (age and geographic origin), the analysis was stratified according to geographic origin. We proceeded to univariate analysis and multivariate analysis including age and all variables with p values ≤ 0.20 in univariate analysis.

All statistical analyses were performed using Stata12® (Stata Corporation, College Station, TX) with weighted data to account for sampling and participation bias. Thus, estimates were representative of the whole HIV-infected female population.

XV. 3. Results

Of the 932 HIV-positive women included in the ANRS-VESPA2 study, 662 were 18-49 years old. Of these women, 145 were not sexually active, 25 were pregnant, 72 were trying to become pregnant, 17 were infertile and 76 were menopausal. Thus, 327 (49.4%) were defined as having a need for contraception.

The characteristics of women in need of contraception are listed in Table 1.

Only 11.8% were less than 30 years old, whereas 48.4% were over 40 and 51.2% had given birth to at least one child. At the time of data collection, 83.8% were in stable partnerships (14.6% with a seroconcordant partner); 13.1% were very satisfied with their sexual life.

Most women (71.3%) had only a primary education level, 48.3% were employed and 35.5% were materially deprived. Almost two-thirds had complementary health insurance and 79% had visited a gynecologist in the last 12 months.

The median time since diagnosis was 8.5 years (IQR 5.0-17.3), and 88.3% of the participants were on ART. Finally, 12.4% had an elevated cardiovascular risk.

Compared to French and other migrant women, SSA women were younger, had a lower education level and a higher frequency of material deprivation. Moreover, SSA women had a much shorter median time since diagnosis (6.4 years vs. 17.0 years) and were more likely to have children (68.9% vs. 29.3%). Stable partnership, partner's HIV status and sexual life satisfaction did not differ significantly according to origin. The difference in the prevalence of cardiovascular risk (15.9% vs. 8.1%) did not reach statistical significance ($p=0.06$).

Overall, 58.8% reported condom use as their sole contraceptive method, 20.5% of women reported use of HEC (8.8% also reporting condom as a contraceptive method and 11.7% not). Thus, 79.3% reported the use of a modern method of contraception. Traditional methods were reported by 5.6% of the participants, and 15.1% did not report using any contraceptive methods. The distribution of contraceptive method use did not significantly differ according to country of birth (Figure 1).

Regardless of origin, not using any modern contraception was found to be associated with age (more likely among women over 40), having only casual sexual partners and sexual dissatisfaction, while no association was found with other characteristics. After adjusting for covariates, the association with sexual dissatisfaction was no longer statistically significant (Table 2).

Among all women reporting a modern contraceptive method (n=266), 25.9% used HEC and 74.1% used condoms only. Among SSA women, the use of HEC compared to condom use was associated both in uni- and multivariate analyses with age (more likely among women less than 40 compared to women over 40) and with having children. The increased frequency of HEC among women on employment was no longer significant after adjustment. No associations with other variables were observed (Table 3). Among French and other migrant women, HEC was not associated with age and was more frequent among women with a stable partnership (OR 4.5, 95%CI 1.2-17.2), but this association did not reach significance in a multivariate analysis (p=0.10). The increased frequency of HEC use in women having children and being materially deprived was no longer significant in multivariate models (Table 4). In both groups, a visit to the gynecologist was not associated with the contraceptive method.

The use of condom at last sex with a non-HIV-positive partner (n=246) was less frequent among women who reported either using HEC (60.9%) or not using any method (64.3%) compared with women who reported condom as their contraception method (80.5%, p=0.04) (data not shown).

XVI. 4. Discussion

In France, the number of new heterosexual HIV cases decreased and then stabilized in recent years, including among migrant women [20]. Women with a current need for contraception [21] are in their mid-adulthood, with over half being migrant women born in sub-Saharan Africa.

One-fifth of HIV-positive women used neither effective contraception nor condoms for contraception. Among women using modern contraception, condom use has remained the predominant method. No difference was found in the overall rates of contraception or the rates of HEC according to origin. In both groups, being over 40 and sexually active with casual sexual partners were the only predictors of not reporting use of any form of modern contraception. However, when compared with the use of condoms as a contraceptive method, HEC use was correlated with a younger age, having a child and being on employment for SSA women, whereas for other women, positive associations were observed with being in a stable partnership and material deprivation.

The lack of association with a visit to a gynecologist or with complementary health insurance suggests that the pattern of contraceptive method use is not related to financial or social accessibility. Moreover, medical factors, as documented by ART and cardiovascular risk, did not appear to be barriers to hormonal contraception or IUD use, suggesting that contraindications were not the main reason for the low prescription of hormonal contraception. However, neither the reason for the last gynecologist visit nor the physician's specialty (HIV-specialist, gynecologist or GP) was documented.

The VESPA2 study provides nationwide representative data on reproductive patterns covering the diversity of the HIV-infected female population in France. The main limitation arises from the lack of sufficient power to adjust for possible confounding factors in the correlates of contraception patterns. In addition, the questionnaire did not document unwanted pregnancies or abortions since diagnosis, which might have given a better understanding of reproductive behavior. Lastly, the uncovered patterns might have changed since the time of data collection (2011) as recommendations on contraception have been updated in 2013 [22].

Compared to the general French population, the proportion of women reporting no contraceptive use was higher for HIV-positive women in the VESPA2 study (15% vs. 2%) [15]. No differences were found between SSA women and other women, while in the general French female population a slight difference was observed (Bajos N, unpublished data from the FECOND study). However, among SSA women, the rates of contraceptive use are high compared to the observed rates in their country of birth [23], suggesting a rapid acculturation after migration to local contraception patterns.

Consistent with previous studies across a range of countries [24][25][26][27][28], the distribution of contraceptive methods differs markedly among HIV-positive women compared

to the general population, with a large predominance of condom use among HIV-positive women and a very low rate of use of highly effective methods, including either oral hormonal contraception or the IUD. The proportion of women reporting both HEC and condom as a contraception method was small and in the same range as reported in other western countries: 8.8% in the VESPA2 study, 12% in a convenience sample of European women [12] and 16% of adolescent and young HIV-positive women in the United States [29].

Among the group of French and other migrant women, HEC was found to be associated only with being in a stable partnership. Women without stable sexual partners had a low sexual activity level (a median of one occasional partner in the previous 12 months, with only 29.5% reporting sexual intercourse in the preceding four week period vs. 81.5% for women in a stable partnership (data not shown). These women, especially those over 40, might rely on condoms for both the prevention of transmission and contraception because they perceive their fertility as low.

For SSA women, being employed tended to be associated with an increased use of HEC, suggesting that participation in the labor force could be a possible acculturation pathway to the use of contraception. Such an association was also found among migrant women in a general population survey [14].

SSA women younger than 30 and those having at least one child were more likely to use highly effective contraception, a finding possibly attributable to the provision of more options after delivery. Actually, figures from the French perinatal cohort show that a much larger proportion planned to use highly effective methods at maternity discharge [30].

Among HIV-positive women, the high rate of unintended pregnancy questions the predominance of condoms as the main contraceptive method [13][31]. Such predominance might be related to the threat of HIV transmission to sexual partners, which is at the heart of sexual and reproductive concerns for people living with HIV PLWHIV [32]. For PLWHIV, especially women, inconsistent condom use is related to difficulties in disclosing HIV status, to gender norms and to the search for intimacy, rather than to an underestimation of the risk of transmission [33][34]. In the 1980s, with the urgent need to face the emerging AIDS epidemic, condoms were promoted as both a contraceptive and a preventive method among PLWHIV. Advocacy for dual protection, using both effective contraception and condoms for people living with HIV, appeared much later, emerging in 2008 in the UK [35], 2012 in the US [4] and only in 2013 in France [22].

The VESPA2 findings suggest that dual method protection is not yet widely used by women living with HIV. The messages promoting dual method protection might be perceived as ambiguous, as illustrated by the lower use of condoms with a non-positive partner by women using highly effective contraception. Such findings are consistent with previous studies [12][24][36] and emphasize the need for sexual health counseling to address both contraception and protection against HIV transmission and STIs' issues.

Several studies have noted the lack of open discussion initiated by HIV care specialists about sexual and reproductive health issues, with most discussions being initiated by the patient [12][32][37]. The authors of these studies have suggested that HIV care specialists have limited skills to properly address sexual and reproductive health issues [32]. However, in this study, the rate of gynecologist consultations was high but was not associated with an increased use of HEC even though in France they are the main prescribers of contraception for the general population (69% of women are followed by a gynecologist for their contraception)[15]. Finally to date, expectations regarding contraception preferences of HIV-positive women have been poorly documented compared to the emphasis on parenting desire, which has long been undermined by the "legacy of stigma" [32]. The right and the possibility for HIV-positive women to choose among the entire range of contraceptive options might appear as not yet endorsed by HIV-positive women themselves: as an illustration, the word "contraception" did not appear at all in the full transcription of a two-day workshop organized by and for women living with HIV on their sexual unmet needs and attended by approximately 250 women in December 2012[38].

5. Conclusion

In the future, the preventive effects of ART on HIV transmission may decrease the frequency of condom use in people living with HIV and thus increase the occurrence of unintended pregnancies if no other effective contraceptive methods are used. Our findings show that therapeutic advances since the late 1990s and the lifting of restrictions on hormonal contraception use have not led to the expected shift in contraception use patterns. Very recently, expert recommendations have been made clearer regarding the provision of all contraceptive options to HIV-positive women. Given that the implementation of recommendations on contraception has been slow in France [39], the model of dual method

protection (contraception and prevention against STIs) should be actively promoted and targeted to women living with HIV, HIV specialists and gynecologists.

Table 1. Characteristics of women in need of contraception* according to geographic origin in Metropolitan France. (N=327) ANRS- VESPA 2 study, weighted frequencies.

		Total N=327 %**	Sub-Saharan African migrant women N=174 %**	French and other migrant women N=153 %**	p
Age (years)	18-29	11.8	14.8	8.2	0.001
	30-39	39.8	52.8	23.3	
	40-49	48.4	32.4	68.5	
Having given birth to at least one child	No	48.8	31.1	70.7	0.001
	Yes	51.2	68.9	29.3	
Current stable partner	No	16.2	13.7	19.4	0.27
	Yes	83.8	86.2	80.6	
Stable partner and HIV status	No stable partner	16.2	13.7	19.4	0.20
	HIV + stable partner	14.6	12.0	17.8	
	HIV-/unknown stable partner	69.2	74.3	62.8	
Satisfaction with sexual life	Somewhat or not Very satisfied	86.8 13.1	90.0 9.9	82.7 17.2	0.08
Educational attainment	Below secondary	71.3	82.4	57.4	0.001
	Secondary or higher	28.7	17.6	42.6	
Current employment	No	51.7	51.6	44.2	0.27
	Yes	48.3	48.4	55.8	
Severe material deprivation	No	64.5	56.8	74.3	0.001
	Yes	35.5	43.2	25.7	
Complementary health insurance	No	36.1	48.9	20.3	0.001
	Yes	63.9	51.1	79.7	
Gynecologist visit/12 months	No	21.0	22.6	18.9	0.52
	Yes	79.0	77.4	81.1	
On ART	No	11.7	14.0	8.8	0.22
	Yes	88.3	86.0	91.2	
Cardiovascular risk	No	87.6	84.1	91.9	0.06
	Yes	12.4	15.9	8.1	

*women aged 18-49, sexually active during the previous 12 months, able to conceive (i.e., excluding sterile or menopausal women) and neither pregnant nor seeking to become pregnant.

** weighted percentages

Table 2. Correlates of “no use of modern methods” (none or only traditional methods) compared to “use of modern methods” (oral pill, implant, injection, IUD, sterilization, male and female condoms) among women in need of contraception* in Metropolitan France. (N=327) ANRS- VESPA 2 study, weighted data.

		<i>N</i>	Absence of modern contraception %**(n)	Crude OR	95%CI	p	aOR*	95%CI	p
Geographic origin	French and other migrant	153	24.2(33)	1.46	0.70-3.07	0.30	1.06	0.42-2.68	0.88
	Sub-Saharan African migrant	174	17.8(28)	1	1		1	1	
Age	18-29	35	23.8(8)	1.99	0.59-6.66	0.12	1.36	0.33-5.54	0.09
	30-39	134	13.6(17)	1	1		1	1	
	40-49	158	25.7(36)	2.20	1.01-4.80		2.24	1.11-6.20	
Having given birth to at least one child	No	69	25.6(17)	1	1	0.50	1		0.66
	Yes	258	19.6(44)	0.80	0.41-1.54		0.90	0.57-1.43	
Current stable partner	No	52	58.6 (28)	9.22	3.9-21.3	0.001	10.11	4.32-23.6	0.001
	Yes	275	16.3(33)	1			1		
Satisfaction with sexual life	Somewhat or not	278	93.3(54)	2.45	1.00-5.99	0.049	1.56	0.59-4.16	0.36
	Very satisfied	49	6.6(7)	1			1		
Educational attainment	Below secondary	233	21.7(45)	1.74	0.71-4.23	0.21			
	Higher secondary	94	17.9(16)	1	1				
Current employment	No	168	23.3(34)	1.35	0.69-2.65	0.36			
	Yes	159	18.3(27)	1	1				
Severe material deprivation	No	210	24.3(38)	1	1	0.27			
	Yes	117	20.8(23)	1.10	0.53-2.27				
Complementary health insurance	No	123	29.9(22)	1.77	0.79-3.9	0.15			
	Yes	204	18.7(39)	1	1				
Gynecologist visit/12 months	No	73	23.0(17)	1.42	0.58-3.51	0.42			
	Yes	254	20.0(44)	1	1				
On ART	No	37	27.9(7)	1.58	0.57-4.31	0.36			
	Yes	290	19.7(54)	1	1				
Cardiovascular risk	No	288	18.9(51)	1	1	0.17			
	Yes	39	30.8(10)	2.14	0.69-6.62				

*women aged 18-49, sexually active during the previous 12 months, able to conceive (i.e., excluding sterile or menopausal women) and neither pregnant nor seeking to become pregnant

**weighted percentages

Table 3. Correlates of highly effective methods vs. condom alone among Sub-Saharan African women using modern contraception in Metropolitan France. (N=146) ANRS- VESPA 2 study, weighted data

		Sub-Saharan African migrant women						
		<i>N=146</i>	Crude OR	95% IC	P	Adjusted OR**	95% IC	P
Age	18-29	18	2.35	0.70-7.88	0.037	16.39	2.77-97.01	0.001
	30-39	83	1			1		
	40-49	45	0.39	1.13-1.22		0.25	0.07-0.85	
Having given birth to at least one child	None	17	1		0.001	1		0.001
	At least one	129	3.75	1.75-8.04		31.43	5.56-177.69	
Current stable partner	No	13	1		0.79			
	Yes	133	1.20	0.28-5.18				
Satisfaction with sexual life	Somewhat or not	126	1		0.89			
	Very satisfied	20	1.70	0.54-5.31				
Educational attainment	Below secondary	112	1		0.43			
	Secondary or higher	34	1.46	0.56-3.80				
Current employment	No	71	1		0.05	1		0.66
	Yes	75	2.36	0.99-5.61		1.26	0.17-1.82	
Severe material deprivation	No	84	1		0.50			
	Yes	62	1.41	0.50-3.97				
Complementary health insurance	No	67	1		0.13	1		0.34
	Yes	75	0.52	0.22-1.22		0.57	0.17-1.82	
Gynecologist visit/12 months	No	35	1		0.83			
	Yes	111	0.87	0.25-2.98				
On ART	No	22	1		0.82			
	Yes	124	1.12	0.37-3.37				
Cardiovascular risk	No	124	1.25	0.32-4.82	0.34			
	Yes	18	1					

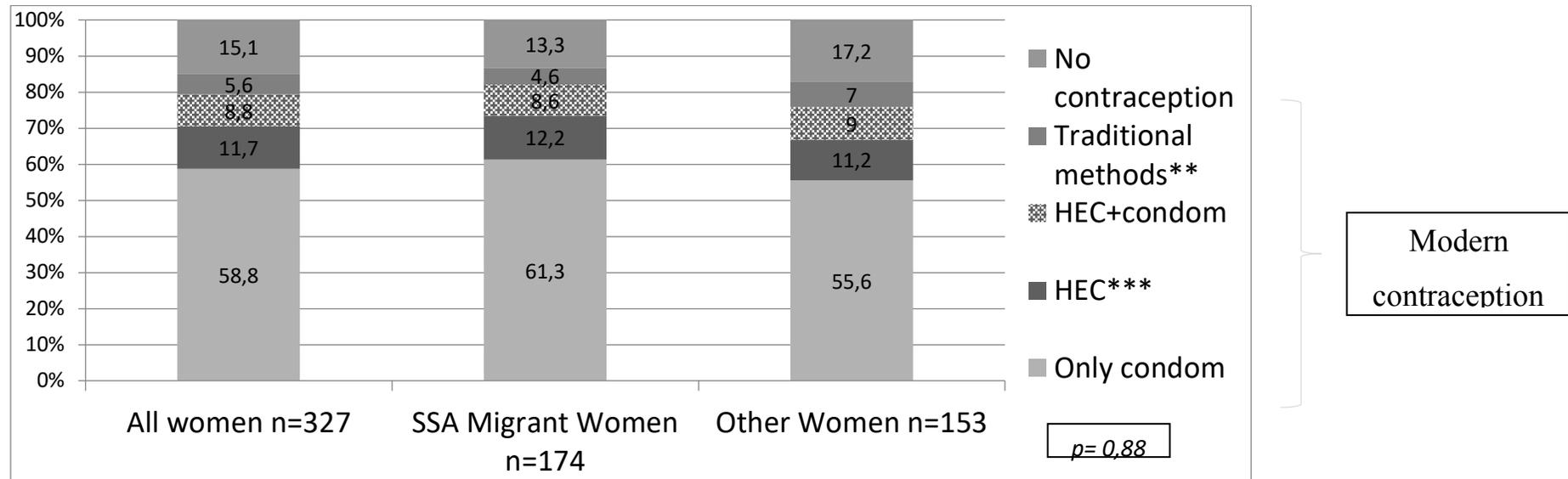
**Adjusted on age and all significant variables (p<0.20) in univariate analysis

Table 4. Correlates of highly effective methods vs. condom alone among French and other migrant women using modern contraception in Metropolitan France. (N=120) ANRS- VESPA 2 study, weighted data

		French and other migrant women						
		<i>N=120</i>	Crude OR	95% IC	P	Adjusted OR *	95% IC	P
Age	18-29	9	0.28	0.04-1.90	0.31	0.35	0.02-4.68	0.45
	30-39	34	1			1		
	40-49	77	0.51	0.18-1.47		0.51	0.17-1.46	
Having given birth to at least one child	None	39	1		0.10	1		0.14
	At least one	81	1.65	0.90-3.04		1.78	0.81-3.91	
Current stable partner	No	11	1		0.02	1		0.10
	Yes	109	4.5	1.2-17.2		3.61	0.76-16.99	
Satisfaction with sexual life	Somewhat or not	98	1		0.34			
	Very satisfied	22	1.67	0.52-5.29				
Educational attainment	Below secondary	76	1		0.86			
	Secondary or higher	44	0.40	0.14-1.14				
Current employment	No	57	1		0.91			
	Yes	63	0.94	0.36-2.47				
Severe material deprivation	No	88	1		0.001	1		0.11
	Yes	32	3.3	1.4-9.8		2.57	0.79-8.32	
Complementary health insurance	No	29	1		0.91			
	Yes	90	0.92	0.29-2.94				
Gynecologist visit/12 months	No	21	1		0.83			
	Yes	99	0.87	0.26-2.89				
On ART	No	8	1		0.93			
	Yes	112	0.92	0.16-5.25				
Cardiovascular risk	No	11	2.42	0.33-17.70	0.37			
	Yes	109	1					

*Adjusted on age and all significant variables (p<0.20) in univariate analysis

Figure 1. Distribution of contraception methods among women in need of contraception* according to geographic origin in Metropolitan France. (N=327) ANRS- VESPA 2 study, weighted frequencies (%)



*women aged 18-49, sexually active during the previous 12 months, able to conceive (i.e., excluding sterile or menopausal women) and neither pregnant nor seeking to become pregnant

**Traditional methods: periodic abstinence, withdrawal

***Highly effective methods (HEC): oral pill, implant, IUD, sterilization, injection.

Acknowledgements

The VESPA2 survey was sponsored and funded by the French National Agency for Research on Aids and Viral Hepatitis (ANRS). We thank all PLWHIV who agreed to participate in the ANRS VESPA2 survey and all medical staff members in the participating hospitals, as well as the community-based organizations AIDES and Act-Up Paris who supported the survey.

The ANRS VESPA2 Study Group: France Lert and Bruno Spire (scientific coordinators), Patrizia Carrieri, Rosemary Dray-Spira, Christine Hamelin, Nicolas Lorente, Marie Préau and Marie Suzan-Monti, with the collaboration of Marion Mora.

Methodological and ground support: Yann Le Strat (InVS, Saint-Maurice), Lise Cuzin (Hôpital Purpan, Toulouse), Laurence Meyer (Cesp, Inserm, Le Kremlin Bicêtre), Daniela Rojas-Castro (Aides, Pantin) and Hugues Fischer (Act-Up Paris).

Data collection: The ClinSearch firm and the social research institute Ipsos.

Participating hospitals and investigators: Aix-en-Provence, CH Pays d'Aix (T. Allègre, P. Mours, J.M. Riou, M. Sordage); Angers, CHU Hôtel-Dieu (J.M. Chenebault, P. Fialaire, V. Rabier); Annemasse, CH Alpes-Léman (M. Froidure, D. Huguet, D. Leduc); Avignon, Hôpital Henri Duffaut (G. Pichancourt, A. Wajsbrot); Besançon, Hôpital Saint-Jacques (C. Bourdeaux, A. Foltzer, B. Hoen, L. Hustache-Mathieu); Bobigny, Hôpital Avicenne (S. Abgrall, R. Barruet, O. Bouchaud, A. Chabrol, S. Mattioni, F. Mechai); Bondy, Hôpital Jean Verdier (V. Jeantils); Bordeaux, Hôpital Saint-André (N. Bernard, F. Bonnet, M. Hessamfar, D. Lacoste, D. Malvy, P. Mercié, P. Morlat, F. Paccalin, M.C. Pertusa, T. Pistone, M.C. Receveur, M.A. Vandenhende); Boulogne-Billancourt, Hôpital Ambroise Paré (C. Dupont, A. Freire Maresca, J. Leporrier, E. Rouveix); Caen, Hôpital Clémenceau (S. Dargere, A. de la Blanchardière, A. Martin, V. Noyon, R. Verdon); CH de Chambéry (O. Rogeaux); Clermont-Ferrand, CHU Gabriel Montpied (J. Beytout, F. Gourdon, H. Laurichesse); Colombes, Hôpital Louis-Mourier (F. Meier, E. Mortier, A.M. Simonpoli); Creil, CH Laennec (F. Cordier); Créteil, CHIC (I. Delacroix, V. Garrait, B. Elharrar), Hôpital Henri Mondor (S. Dominguez, A.S. Lascaux, J.D. Lelièvre, Y. Levy, G. Melica); Dijon, Hôpital du Bocage (M. Buisson, L. Piroth, A. Waldner); Eaubonne, Hôpital Simone Veil (N. Gruat, A. Leprêtre); Garches, Hôpital Raymond-Poincaré (P. de Truchis, D. Le Du, J.Cl. Melchior); CH de Gonesse (R. Sehouane, D. Troisvallets); CHU de Grenoble (M. Blanc, I. Boccon-Gibod, A. Bosseray, J.P. Brion, F. Durand, P. Leclercq, F. Marion, P. Pavese); La Rochelle, Hôpital Saint- Louis (E. Brottier-Mancini, L. Faba, M. Roncato-Saberan); La Roche-

sur-Yon, CHD Les Oudairies (O. Bollengier-Stragier, J.L. Esnault, S. Leautez-Nainville, P. Perré); CH de Lagny Marne-la-Vallée (E. Froguel, M. Nguessan, P. Simon); Le Chesnay, CH de Versailles (P. Colardelle, J. Doll, C. Godin-Collet, S. Roussin-Bretagne); Le Kremlin-Bicêtre, Hôpital de Bicêtre (J.F. Delfraissy, M. Duracinsky, C. Goujard, D. Peretti, Y. Quertainmont); CH du Mans (J. Marionneau); Lens, CH Dr. Schaffner (E. Aissi, N. Van Grunderbeeck); Limoges, CHU Dupuytren (E. Denes, S. Ducroix-Roubertou, C. Genet, P. Weinbreck); Lyon, Hôpital de la Croix-Rousse (C. Augustin-Normand, A. Boibieux, L. Cotte, T. Ferry, J. Koffi, P. Miaillhes, T. Perpoint, D. Peyramond, I. Schlienger); Hôpital Édouard-Herriot (J.M. Brunel, E. Carbonnel, P. Chiarello, J.M. Livrozet, D. Makhloufi); Marseille, Hôpital de la Conception (C. Dhiver, H. Husson, A. Madrid, I. Ravaux, M.L. de Severac, M. Thierry Mieg, C. Tomei), Hôpital Nord (S. Hakoun, J. Moreau, S. Mokhtari, M.J. Soavi), Hôpital Sainte Marguerite (O. Faucher, A. Ménard, M. Ortoni, I. Poizot-Martin, M.J. Soavi); Montpellier, Hôpital Gui de Chauliac (N. Atoui, V. Baillat, V. Faucher, C. Favier, J.M. Jacquet, V. Le Moing, A. Makinson, R. Mansouri, C. Merle); Montivilliers, Hôpital Jacques Monod (N. Elforzli); Nantes, Hôtel-Dieu (C. Allavena, O. Aubry, M. Besnier, E. Billaud, B. Bonnet, S. Bouchez, D. Boutoille, C. Brunet, N. Feuillebois, M. Lefebvre, P. Morineau-Le Houssine, O. Mounoury, P. Point, F. Raffi, V. Reliquet, J.P. Talarmin); Nice, Hôpital l'Archet (C. Ceppi, E. Cua, P. Dellamonica, F. De Salvador-Guillouet, J. Durant, S. Ferrando, V. Mondain-Miton, I. Perbost, S. Pillet, B. Prouvost-Keller, C. Pradier, P. Pugliese, V. Rahelinirina, P.M. Roger, E. Rosenthal, F. Sanderson); Orléans, Hôpital de La Source (L. Hocqueloux, M. Niang, T. Prazuck), Hôpital Porte Madeleine (P. Arzac, M.F. Barrault-Anstett); Paris, Hôpital Bichat - Claude-Bernard (M. Ahouanto, E. Bouvet, G. Castanedo, C. Charlois-Ou, A. Dia Kotuba, Z. Eid-Antoun, C. Jestin, K. Jidar, V. Joly, M.A. Khuong-Josses, N. Landgraf, R. Landman, S. Lariven, A. Leprêtre, F. L'héritier, M. Machado, S. Matheron, F. Michard, G. Morau, G. Pahlavan, B.C. Phung, M.H. Prévot, C. Rioux, P. Yéni), Hôpital Cochin-Tarnier (F. Bani-Sadr, A. Calboreanu, E. Chakvetadze, D. Salmon, B. Silbermann), Hôpital européen Georges-Pompidou (D. Batisse, M. Beumont, M. Buisson, P. Castiel, J. Derouineau, M. Eliazewicz, G. Gonzalez, D. Jayle, M. Karmochkine, P. Kousignian, J. Pavie, I. Pierre, L. Weiss), Hôpital Lariboisière (E. Badsy, M. Bendenoun, J. Cervoni, M. Diemer, A. Durel, A. Rami, P. Sellier), Hôpital Pitié-Salpêtrière (H. Ait-Mohand, N. Amirat, M. Bonmarchand, F. Bourdillon, G. Breton, F. Caby, J.P. Grivois, C. Katlama, M. Kirstetter, L. Paris, F. Pichon, L. Roudière, L. Schneider, M.C. Samba, S. Seang, A. Simon, H. Stitou, R. Tubiana, M.A. Valantin), Hôpital Saint-Antoine (D. Bollens, J. Bottero, E. Bui, P. Campa, L. Fonquernie, S. Fournier, P.M. Girard,

A. Goetschel, H.F. Guyon, K. Lacombe, F. Lallemand, B. Lefebvre, J.L. Maynard, M.C. Meyohas, Z. Ouazene, J. Pacanowski, O. Picard, G. Raguin, P. Roussard, M. Tourneur, J. Tredup, N. Valin); Hôpital Saint-Louis (S. Balkan, F. Clavel, N. Colin de Verdière, N. De Castro, V. de Lastours, S. Ferret, S. Gallien, V. Garrait, L. Gérard, J. Goguel, M. Lafaurie, C. Lascoux-Combe, J.M. Molina, E. Oksenhendler, J. Pavie, C. Pintado, D. Ponscarne, W. Rozenbaum, A. Scemla), Hôpital Tenon (P. Bonnard, L. Lassel, M.G. Lebrette, T. Lyavanc, P. Mariot, R. Missonnier, M. Ohayon, G. Pialoux, M.P. Treilhou, J.P. Vincensini); Hôtel-Dieu (J. Gilquin, B. Hadacek, L. Nait-Ighil, T.H. Nguyen, C. Pintado, A. Sobel, J.P. Viard, O. Zak Dit Zbar); Perpignan, Hôpital Saint-Jean (H. Aumaître, A. Eden, M. Ferreyra, F. Lopez, M. Medus, S. Neuville, M. Saada); Pontoise, CH René Dubos (L. Blum); Quimper, Hôpital Laennec (P. Perfezou); Rennes, Hôpital de Pontchaillou (C. Arvieux, J.M. Chapplain, M. Revest, F. Souala, P. Tattevin); Rouen, Hôpital Charles-Nicolle (S. Bord, F. Borsa-Lebas, F. Caron, C. Chapuzet, Y. Debab, I. Gueit, M. Etienne, C. Fartoukh, K. Feltgen, C. Joly, S. Robaday-Voisin, P. Suel); Saint-Denis, CH Delafontaine (M.A. Khuong, J. Krausse, M. Poupard, G. Tran Van); Saint-Étienne, CHU Nord (C. Cazorla, F. Daoud, P. Fascia, A. Frésard, C. Guglielminotti, F. Lucht); Strasbourg, Nouvel hôpital civil (C. Bernard-Henry, C. Cheneau, J.M. Lang, E. de Mautort, M. P. Artisan, M. Priester, D. Rey); Suresnes, Hôpital Foch (C. Majerholc, D. Zucman); Toulon, CHI Chalucet (A. Assi, A. Lafeuillade), Hôpital Sainte-Anne (J.P. de Jaureguiberry, O. Gisserot); Toulouse, Hôpital de La Grave (C. Aquilina, F. PrevotEAU du Clary), Hôpital Purpan (M. Alvarez, M. Chauveau, L. Cuzin, P. Delobel, D. Garipuy, E. Labau, B. Marchou, P. Massip, M. Mularczyk, M. Obadia); Tourcoing, CH Gustave Dron (F. Ajana, C. Allienne, V. Baclet, X. de la Tribonnière, T. Huleux, H. Melliez, A. Meybeck, B. Riff, M. Valette, N. Viget); Tours, CHRU Bretonneau (F. Bastides, L. Bernard, G. Gras, P. Guadagnin); Vandoeuvre-lès-Nancy, CHU Brabois (T. May, C. Rabaud); Vannes, CH Bretagne Atlantique (A. Dos Santos, Y. Poinson); Villejuif, Hôpital Paul-Brousse, (O. Derradji, L. Escaut, E. Teicher, D. Vittecoq); CHI de Villeneuve-Saint-Georges, (J. Bantsima, P. Caraux-Paz, O. Patey).

XVII. References

- [1] WHO. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV and their children in resource-constrained settings. 2006
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf?ua=1>
- [2] O'Reilly KR, Kennedy CE, Fonner VA, Sweat MD. Family planning counseling for women living with HIV: a systematic review of the evidence of effectiveness on contraceptive uptake and pregnancy incidence, 1990 to 2011. *BMC Public Health*. 2013;13:935.
- [3] Robinson JA, Jamshidi R, Burke AE. Contraception for the HIV-positive woman: a review of interactions between hormonal contraception and antiretroviral therapy. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012;2012:890160.
- [4] WHO. Hormonal contraception and HIV, Technical statement. 2012.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_RHR_12.08_eng.pdf?ua=1
- [5] Curtis KM, Nanda K, Kapp N. Safety of hormonal and intrauterine methods of contraception for women with HIV/AIDS: a systematic review. *AIDS Lond Engl*. 2009;23 Suppl 1:S55-67.
- [6] Haberl A, Reitter A. How does HIV affect the reproductive choices of women of childbearing age? *Antivir Ther*. 2013;18 Suppl 2:35-44.
- [7] Sutton MY, Patel R, Frazier EL. Unplanned Pregnancies Among HIV-Infected Women in Care-United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 2014;65(3):350-358.
- [8] Lopez LM, Steiner M, Grimes DA, Hilgenberg D, Schulz KF. Strategies for communicating contraceptive effectiveness. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2013;4:CD006964.
- [9] Cicconi P, Monforte Ad, Castagna A, et al. Inconsistent condom use among HIV-positive women in the "Treatment as Prevention Era": data from the Italian DIDI study. *J Int AIDS Soc (Switzerland)*, 2013, 16 p18591.
- [10] Massad LS, Evans CT, Wilson TE, Golub ET, Sanchez-Keeland L, Minkoff H, et al. Contraceptive use among U.S. women with HIV. *J Womens Health*. 2007;16(5):657-666.
- [11] Fiore, Simona, Isabelle Heard, Claire Thorne, Valeria Savasi, Oriol Coll, Ruslan Malyuta, Tomasz Niemiec, Pasquale Martinelli, Cecilia Tibaldi, and Marie-Louise Newell. Reproductive Experience of HIV-Infected Women Living in Europe. *Human Reproduction* 23, no. 9, 2008: 2140-44.
- [12] Nostlinger C, Niderost S, Woo R, Platteau T, Loos J, Colebunders R. Mirror, mirror on the wall: the face of HIV + women in Europe today. *AIDS Care*. 2010;22(8):919-926.
- [13] Loutfy MR, Sonnenberg-Schwan U, Margolese S, Sherr L. A review of reproductive health research, guidelines and related gaps for women living with HIV. *AIDS Care*. 2013;25(6):657-666.
- [14] Poncet LC, Huang N, Rei W, Lin Y-C, Chen C-Y. Contraceptive use and method among immigrant women in France: Relationship with socioeconomic status. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013;18(6):468-479.
- [15] Bajos N. Contraception in France: new context, new practices? *Popul Soc* 2012;(492):1-4.
- [16] Wilson K d'Almeida, Dray-Spira R, Aubrière C, Hamelin C, Spire B, Lert F, et al. Frequency and correlates of late presentation for HIV infection in France: older adults are a risk group - results from the ANRS-VESPA2 Study, France. *AIDS Care*. 2014;1-11.

- [17] WHO Family planning. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>
- [18] Moreau C, et al. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from French population-based cohort. *Hum Reprod*. 2007 sep; 22:2422-7. Epub 2007 Jun 28
- [19] EU-SILC (European Union Statistics on income and living conditions). Eurostat Methodological studies and publications 2012. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income_social_inclusion_living_conditions/documents/tab/Tab/Working_paper_on_EU_SILC_datasets.pdf
- [21] WHO. Medical Eligibility criteria for contraceptive use, 2009 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/
- [22] French Experts' recommendations for the management of people living with HIV/AIDS. 2013. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf.
- [23] UN World Contraceptive Use 2011. http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptiveUseWallChart2011_Front.pdf
- [24] Heard I, Potard V, Costagliola D, Kazatchkine MD. Contraceptive use in HIV-positive women. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;36(2):714-720.
- [25] Kancheva Landolt NT, Lakhonphon S, Ananworanich J. Contraception in HIV-positive female adolescents. *AIDS Res Ther*. 2011;8:19.
- [26] Sun M, Peipert JF, Zhao Q, Wilson TE, Weber KM, Sanchez-Keeland L, et al. Trends in contraceptive use among women with human immunodeficiency virus. *Obstet Gynecol*. 2012;120(4):783-790.
- [27] Saxton J, Malyuta R, Semenenko I, Pilipenko T, Tereshenko R, Kulakovskaya E, et al. Previous reproductive history and post-natal family planning among HIV-infected women in Ukraine. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2010;25(9):2366-2373.
- [28] Whiteman MK, Kissin DM, Samarina A, Curtis KM, Akatova N, Marchbanks PA, et al. Determinants of contraceptive choice among women with HIV. *AIDS Lond Engl*. 2009 ;23 Suppl 1:S47-54.
- [29] Carten ML, Kiser JJ, Kwara A, Mawhinney S, Cu-Uvin S. Pharmacokinetic interactions between the hormonal emergency contraception, levonorgestrel (Plan B), and Efavirenz. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012;2012:137192.
- [30] EPF Survey (French Perinatal Cohort). INSERM, INED U569; http://u569.kb.inserm.fr/epf/ag2013/Programme_AG_5avril2013.htm
- [31] Peretti-Watel P, Spire B. SIDA, une maladie chronique passée au crible. Presses EHESP. 2008.
- [32] Steiner RJ, Finocchiaro-Kessler S, Dariotis JK. Engaging HIV Care Providers in Conversations With Their Reproductive-Age Patients About Fertility Desires and Intentions: A Historical Review of the HIV Epidemic in the United States. *Am J Public Health*. 2013;103(8):1357-1366.
- [33] Bajos N, Marquet J. Research on HIV sexual risk: social relations-based approach in a cross-cultural perspective. *Soc Sci Med* 2000;50(11):1533-1546.
- [34] Kendall T. Falling short of universal access to reproductive health: unintended pregnancy and contraceptive use among Mexican women with HIV. *Cult Health Sex*. 2013;15 Suppl 2:S166-179.
- [35] Fakoya A, Lamba H, Mackie N, Nandwani R, Brown A, Bernard E, et al. British HIV Association, BASHH and FSRH guidelines for the management of the sexual and reproductive health of people living with HIV infection 2008. *HIV Med*.

2008;9(9):681-720.

[36] Moses SH, Dhar J. A survey of the sexual and reproductive health of HIV-positive women in Leicester. *Int J STD AIDS*. 2012;23(4):282-284.

[37] Finocchiaro-Kessler S, Dariotis JK, Sweat MD, Trent ME, Keller JM, Hafeez Q, et al. Do HIV-infected women want to discuss reproductive plans with providers, and are those conversations occurring? *AIDS Patient Care STDs*. 2010;24(5):317-323.

[38] Collectif interassociatif Women and HIV. Prevention issues: still involved ? Paris, 2012 dec 7-8.

[39] Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C and the FECOND group. The French pill scare: towards a new contraceptive model?. *Popul Soc* 2014, 511.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf?ua=1

Widespread use of contraception in Sub-Saharan African women living in France is similar to the general population but different contraceptive methods are used: Results of the “Parcours study” conducted in 2012-2013 in the greater Paris metropolitan area

**B. Maraux, M. Annequin, F. Lert, A. Desgrees du Lou and the Parcours Group Study
CEPED, IRD**

Abstract

Objective: This study aimed to investigate the pattern of contraceptive use of Sub-Saharan African (SSA) migrant women in France.

Study Design: Data were extracted from the Parcours study, which included a representative sample of SSA migrant women in greater Paris, where 60% of SSA migrants in France live. Contraception methods were documented, including oral pills, implants, intrauterine devices (IUDs), female sterilization, condoms and traditional methods.

We measured the prevalence of each method and studied its correlation with various parameters in women concerned with contraception (i.e., age, parity, current partnership, educational level, socio-professional status, health insurance, self-reported health, length of stay and reproductive history in France).

Results: Of the 270 women of reproductive age, 135 were concerned with contraception. Overall, 41% used oral pills, 19% used implants, 11% used an IUD, 15% used condoms, 2% had undergone tubal sterilization, 3% did not use any method and 9% used natural methods. Women under thirty years of age (PRR 1.4, 95% CI 1.1-1.7), women with good self-perceived health (PRR 1.4, 95% CI 1.1-1.9) and women living in France for more than 7 years (PRR 1.8 95% CI 1.1-3.0) were more likely to use oral pills than condoms. The same associations were found for women using long-active reversible methods (LARC, which included an implant or IUD) as for women using condoms. In addition, women who experienced a pregnancy in France (terminated either by a birth or an elective abortion) were less likely to use LARC methods than condoms or oral pills.

Conclusions: Similar to women from the general population, SSA migrant women widely use medical contraception, with increased use of implants and decreased use of IUDs, suggesting particular contraceptive behaviors.

Implications: The information provided in this study constitutes a major contribution to comprehensively inform the scientific community on contraception practices among SSA women living in France. Our results showed that despite the importance of use of highly effective contraception, SSA migrant women, mostly those who experienced pregnancy in France, are possibly encouraged to use implants, even if implants are known to have frequent side effects. Further studies may determinate whether this behavior results from family or women’s choices or medical injunctions.

Introduction

In France, Sub-Saharan African (SSA) migrants represent 14% of all migrants and are mostly concentrated in the greater Paris area (60%), where they represent 4% of the whole population [1]. These individuals have moved from countries with high fertility rates to France, where the average fertility rate is 2.1 children per woman, and contraception is widely accepted, accessible and used. While in 2013, 63% of women worldwide between 15-49 years of age used a contraceptive method and half used a medical method, the average proportions were decreased to 25% and 20%, respectively in SSA countries [2]. While living in France, SSA women have more children at the end of their reproductive life than the general French female population, i.e., between 3 and 4.8 children, but less than the numbers in Africa at the same age. Their ideal number of children also remains greater, at 3.2 versus 2.5 for the French population, but less than that in Sub-Saharan Africa [3,4].

The Trajectoires et Origines (TeO) national survey, conducted in 2008-2009 among the French immigrant population, showed that contraception was widely used in 70% of women regardless of their country of origin [5]. However, in national surveys, samples of women of African origin have been too small to obtain detailed data on contraceptive patterns. The Parcours survey, conducted among a representative sample of SSA immigrants living in the greater Paris area, allowed quantification and examination, for the first time, of how a large contraception supply influences the adaptation of the reproductive life of SSA women in France.

Methods

Population

The aim of the Parcours study was to analyze how health trajectories and social and migratory paths are interlaced in SSA migrants living in France. This retrospective, quantitative, life-event survey was conducted from February 2012 to May 2013 in health care facilities in the greater Paris metropolitan area (Ile-de-France) among persons born in Sub-Saharan Africa. Enrollment was performed in random health primary care settings for the reference group (migrants not receiving HIV or hepatitis B care). Participants received a 15€ voucher. The Advisory Committee on Data Collection in Health Research and the French Data Protection Authority (NCIL) both approved this project. The complete survey protocol is registered at Clinicaltrials.gov ([NCT02566148](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT02566148)).

Doctors invited all eligible patients, except those with major cognitive or health impairments, to participate and collected their written consent. A trained interviewer administered a face-to-face standardized life-event history questionnaire to each participant.

All statistical analyses were performed using Stata12® (Stata Corporation, College Station, TX) with weighted data to account for sampling and participation bias. Thus, estimates were representative of the whole SSA immigrant population in the greater Paris region.

Population of interest

Women who arrived after 15 years of age, were of reproductive age (18–49 years) and were able to conceive at the time of data collection (i.e., excluding menopausal women and those who reported being infertile) were included, totaling 270 women.

Variables of interest

specific methods were used. If their answer was negative, they were asked for the reason: current pregnancy, seeking to become pregnant, no sexual activity-during the past year, or other reasons.

Contraception concern

Women were divided according to their first answer. If they reported being pregnant, wishing to become pregnant or having no sexual activity during the past year, they were considered not concerned with contraception, otherwise they were considered concerned with contraception.

Contraceptive methods

According to the WHO Family Planning Program [7], contraceptive methods were classified as follows: (a) medical contraception namely oral pills, intrauterine devices (IUDs) and implants (the latter two were considered long-active reversible contraception (LARC), medical sterilization, hormonal injection, or emergency contraception) (b) condoms (male and female) (c) modern contraception (medical methods or condoms), and (d) no modern contraception (no contraception or only traditional methods, including withdrawal or periodic abstinence). If women reported more than one method, a hierarchical algorithm retained the most effective method, based on failure rates published in the literature [8]. Women who reported the use of oral pills and condoms were classified as using medical methods.

Correlates of contraceptive patterns

1. Reproductive and social factors included age, number of children, educational level, current stable partnership (defined as a minimum of a one-year relationship), partner's place of birth (Africa or not), socio-professional level, personal housing (yes, no), language spoken at home (French or other language), and religious practice (regular vs. irregular or none). Socio-professional level was categorized using an international socio-economic index distribution that measures qualification, type of job and employment status. Women who were employed were divided in two groups: high or medium tertiles and a low tertile. Students, inactive women and women with unstable jobs (a large majority of "little jobs") were included in the low tertile.

2. Health-related factors included obesity (defined as a body mass index equal or greater than 30 kg/m²), self-reported health condition (very good vs. fair or poor), regular health insurance (yes vs. no including the Aide Médical Etat insurance scheme for undocumented migrants), complementary health insurance that covers health costs up to 100% (yes, no) and general practitioner (GP) membership (yes, no).

3. Migration and reproductive history factors included African region of origin, age at arrival divided according to the median (27 years), migration reason (family reunification, work or study, refugee or threatened), length of stay in France (less or more than 7 years; 7 years was the median time period among SSA women for basic settlement, which included obtaining a residence permit, personal housing, regular income [9] and number of children at arrival.

asked about pregnancy in the two years before the survey (yes, no) and about use of modern contraception before migration (yes, no).

Statistical analysis

First, we described women according to their need for contraception (concerned vs. not concerned). Then, among women concerned with contraception, we described the proportions of contraception methods including modern methods, condoms, medical methods, oral pills, implants and IUDs. Finally, to study the role of health-related factors, migration and reproductive history in the use of one method vs. another, we performed a multivariate analysis by adjusting social and reproductive characteristics (age, parity, current partnership, educational level, and socio-professional status) according to health insurance, self-reported health, length of stay and reproductive history in France. Therefore, we studied pill use vs. condom use, LARC use vs. condom use and LARC use vs. pill use. We used a Poisson regression to obtain the prevalence rate ratios. All the percentages presented are weighted to account for sampling and participation bias.

Results

Table 1.

Of the 270 women of childbearing age and fertile, 135 women were concerned with contraception (57%) and 135 women were not concerned (43%). Women concerned with contraception arrived in France at a median of 25 years of age, mostly without children and mainly as part of family reunification. They originated from Central and Eastern Africa as well as West Africa. The median values were 36 years of age, 2.6 children and a stay of in France of ten years. A total of 16% underwent EA while in France. Most (>70%) were coupled with a native SSA partner, and half of the participants spoke French at home. Their education level was mainly secondary school, and three of four women had a low socio-professional status at the time of the survey. Before their arrival, 15% of women had previously used a medical contraceptive, and 30% had used condoms for contraception purposes.

Compared to women not concerned with contraception, those concerned with contraception arrived younger (29.3 vs. 25.5 years, respectively), more often lived with a regular partner, had more children, and more frequently moved to France for family reunification. They had been in France for a longer time and had better living conditions; most women were living in a personal home and had basic health insurance, complementary health insurance and a GP membership. Figure 1.

Among women concerned with contraception, 88% used modern methods: 41% used pills, 19% had an implant, 15% used condoms, 11% used an IUD, and 2% underwent tubal sterilization; 3% did not use any method, and 9% used natural methods. None of the women reported use of hormonal injections, contraceptive patches, vaginal rings, or emergency pills.

Table 2.

The prevalence of modern contraception was significantly lower in older women (≥ 40 years), women with a secondary or lower level of education, women who did not experience a

Condom use was reported in more than one-third of women without a current partner, women without health insurance and women who never experienced a pregnancy in France, with no significant difference.

Medical contraception was significantly higher in younger women and in women who arrived younger than 27 years. Women who underwent an EA in France or a pregnancy during the past two years reported medical contraception use more frequently than other methods.

Women who were in France for less than seven years reported significantly more condom use and less medical contraception use than women who were in France for a longer time.

Oral pill use was the most common method used, except for women younger than 30 years, who more often used an implant. Implant use was reported more than one third of women who migrated before 27 years of age, women with a current stable SSA partner and women who experienced a pregnancy in France.

An IUD was the least commonly used medical method, even in women over 40 years old and those with a child(ren), after excluding 2% of participants who had undergone tubal sterilization.

GP membership did not significantly differ according to contraceptive methods, and health insurance and complementary health insurance did not differ in regard to medical contraception.

Table 3.

Women under 30 years of age (PRR 1.4, 95% CI 1.1-1.7), women with good self-perceived health (PRR 1.4 95% CI 1.1-1.9) and women living in France for more than 7 years (PRR 1.8, 95% CI 1.1-3.0) were more likely to use oral pills than condoms.

Compared to women using condoms, women using LARC methods were more often younger than 30 years (PRR 1.6 95% CI 1.1-2.2), had better self-perceived health (PRR 1.8 95% CI 1.3-2.4) and had been in France for a longer time (PRR 1.9 95% CI 1.2-3.3).

Women who gave birth in France were more likely to use LARC methods than condoms (PRR 6.6 95% CI 1.8-24.1) or oral pills (PRR 13.7 95% CI 2.2-85.3), and women who underwent an EA were also more likely to use LARC methods than condoms (PRR 7.4 95% CI 2.1-25.4) or oral pills (PRR 9.3 95% CI 1.3-65.1).

Discussion

Main results

Women concerned with contraception represented half of the women of reproductive age, and 88% reported using modern contraception. They more often reported medical methods than condoms with a predominance of oral pills, but a high proportion of implant users was also observed. Use of medical contraception was six times greater while in France than before

health perception. The use of the LARC methods rather than pills or condoms was related to pregnancy in France (terminated either by a birth or an EA).

This high contraception use rate confirmed that widespread availability allows contraception use among the vast majority of women and that behavior can change rapidly because migration itself is a driving force [10]. The youngest migrant women used modern contraception more often than their elders, suggesting that regarding fertility attitudes, the young migrant population tends to adopt the standards of the host country [4]; however, women with less than a secondary education uses modern contraception less frequently than others, which is consistent with results among the entire migrant population [5], suggesting that changes are not homogeneous for all women.

The importance of condom use during the first years following arrival may be related to its promotion as HIV prevention in Sub-Saharan Africa and to hardship experiences during the early period of stay. Indeed, before settling, most SSA migrants experience a precariousness [9] that hinders seeking health care and jeopardizes access to medical contraception.

According to the ENFAMS 2013 survey of homeless families in the Paris region, only 45% of women who need contraception use contraceptive methods [11]. Similar results are reported by a 2008 Swiss study in Geneva of undocumented migrant women, in which nearly one-half of women lacked contraception at the time of an unwanted pregnancy [12].

Our results did not show such low rates for the absence of modern contraception when it was needed. However, in our study, the majority of women concerned with contraception had a median stay of ten years and were more often settled in France than others who reported no need for contraception. Therefore, it might be possible that we underestimated the difficulties of contraception access during the very first years in France.

As in the general population, an oral contraceptive pill is the preferred method of contraception; IUD use is low in nulliparous women (none in our study), and use of LARC methods is favored by those with a past pregnancy [6,13]. Contact with health care professionals, available free prenatal care, free EAs and contraception in family planning centers may promote the adoption of contraceptive use. However, tensions might occur between families and institutions. Reluctant attitudes to adopt modern contraception methods are consistent with a pro-birth policy (which must be guaranteed) but interfere with the medical discourse of “contraceptive urgency”, valorization of women’s rights and disapproval of hyperfertility [14][15].

In our study, use of medical contraception did not depend on strong religious habits. However, implants were more frequently used by women with regular religious practices (21% vs. 14%) and by women with a SSA partner than by those with a non-African partner (24% vs. 7%), suggesting the possible association with possible disapproval of contraception and a more unfavorable gender balance in the relationship.

SSA women under 30 years of age, 41% used LARC methods, while in the same aged general population, only 6% used LARC methods [13,17,18]. Based on the high rate of implant use, our study confirmed the results of the Fecond 2010 survey, in which 23% of women born in SSA used implants, compared to 2.4% of French-born women [6].

In our study, IUD use appears to be three times less frequent than in older and multiparous women in the general population [6]. Its use might be related to known barriers such as fear of invasiveness and risk of secondary infertility [13,17–19] as well as the attitudes and practices of physicians, who might limit IUD prescriptions because they fear an increased risk of genital infection in SSA women [20]. However, in Sub-Saharan Africa, an IUD is rarely available (less than 1% use [2]), and it has poor acceptance [21].

These different contraceptive behaviors between immigrants and the general population have previously been observed in the 1980s for contraceptive injection, a method almost exclusively prescribed to women from Maghreb and SSA. According to Hélène Brétin, this contraceptive marginality resulted both from women's resistance to contraceptive pills or IUDs and from medical attitudes. A medical injunction dominated by a form of "stratified contraception" distinguishes two groups of women: women who use the dominant form of contraception and comply with daily oral pill intake and others who do not, possibly due to a range of factors, including social and economic precariousness, foreign origin, high fertility, submission to male domination and psychological fragility [22]. Currently women's knowledge of injection as a contraceptive method in Africa could be a factor favoring the demand and acceptability of implants. However, worldwide, implants remain one of the least commonly used methods [2] due to their frequent side effects [23]. In France, national guidelines classify implants as a second-line method after oral pills or IUDs [24].

In the general population, implant use is often related to lower social status [6], which we did not find, suggesting that these preliminary results warrant further studies with larger samples.

Conclusion

SSA migrant women living in France widely use modern and medical contraception. The high rate of medical contraception might be correlated to the large offer, either free or covered by health insurance, including the scheme covering undocumented migrants. However, compared to the general population, our study showed increased use of implants and decreased use of IUDs, suggesting particular contraceptive behaviors. Personal and couple preferences are likely to occur, as are different medical attitudes regarding social and traditional factors; the barriers should be overcome. Efficient and women's preferences regarding pregnancy should be promoted.

- [1] Insee 2017. Foreigners-migrants. Tables of french Economy 2017. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569332?sommaire=2587886> (accessed October 16, 2017).
- [2] UN-United Nations. World contraceptive patterns 2013, n.d. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>(accessed October 16, 2017).
- [3] Afulani P, Asunka J. Socialization, Adaptation, Transnationalism, and the Reproductive Behavior of Sub-Saharan African Migrants in France. *Popul Res Policy Rev* 2015;34:561-592.
- [4] Toulemon L. Fertility among immigrant women : new data, a new approach. Ined - Institut national d'études démographiques. 2004, <https://www.ined.fr/en/publications/population-and-societies/fertility-among-immigrant-women-new-data-a-new-approach-en/>(accessed October 16, 2017).
Toulemon L. La fécondité des immigrées: nouvelles données, nouvelle approche. *Popul Société* 2004.
- [5] Poncet LC, Huang N, Rei W, Lin Y-C, Chen C-Y. Contraceptive use and method among immigrant women in France: Relationship with socioeconomic status. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2013;18:468–79. doi:10.3109/13625187.2013.835394.
- [6] Bajos N. Contraception in France : new context, new practices? *Popul Sociétés* [Internet]. 2012;(492), http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1606/publi_pdf2_pesa492.pdfBajos N. Contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? *Popul Sociétés* 2012.
- [7] WHO | Family planning, . n.d. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/> (accessed February 24, 2014).
- [8] Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodríguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum Reprod Oxf Engl* 2009;24:1387–92. doi:10.1093/humrep/dep027.
- [9] Gosselin A. How long do sub-Saharan migrants take to settle in France ? Ined - Inst Natl D'études Démographiques, n.d. <http://www.ined.fr/en/publications/population-and-societies/subsaharian-migrants/> (accessed December 2, 2016).
- [10] Ochako R, Askew I, Okal J, Oucho J, Temmerman M. Modern contraceptive use among migrant and non-migrant women in Kenya. *Reprod Health* 2016;13:67. doi:10.1186/s12978-016-0183-3.
- [11] ENFAMS. Observatoire du Samu Social, Paris, n.d. http://www.mipes.org/IMG/pdf/ENFAMS_rapport_final.pdf (accessed April 21, 2017).

France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertil Steril* 2013;100:451–8. doi:10.1016/j.fertnstert.2013.04.002.

[14] Sargent C, Cordell D. Polygamy, disrupted reproduction, and the state: Malian migrants in Paris, France. *Soc Sci Med* 1982 2003;56:1961–72.

[15] Sargent CF. Reproductive strategies and Islamic discourse: Malian migrants negotiate everyday life in Paris, France. *Med Anthropol Q* 2006;20:31–49.

[16] Brétin H, Lantz A. Contraception : quel choix pour quelle vie ? Récits de femmes, paroles de médecins. Éditions Inserm, Paris: 1992, In: *L'Homme et la société*, N. 110, 1993. Sciences sociales et socialisme en grande-bretagne. pp. 146-147.

[17] Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception. *Hum Reprod Update* 2011;17:121–37. doi:10.1093/humupd/dmq026.

[18] Mosher WD, Moreau C, Lantos H. Trends and determinants of IUD use in the USA, 2002-2012. *Hum Reprod Oxf Engl* 2016;31:1696–702. doi:10.1093/humrep/dew117.

[19] Wellings K, Zhihong Z, Krentel A, Barrett G, Glasier A. Attitudes towards long-acting reversible methods of contraception in general practice in the UK. *Contraception* 2007;76:208–14. doi:10.1016/j.contraception.2007.05.085.

[20] Kossler K, Kuroki LM, Allsworth JE, Secura GM, Roehl KA, Peipert JF. Perceived racial, socioeconomic and gender discrimination and its impact on contraceptive choice. *Contraception* 2011;84:273–9. doi:10.1016/j.contraception.2011.01.004.

[21] Goldstuck ND. Reducing barriers to the use of the intrauterine contraceptive device as a long acting reversible contraceptive. *Afr J Reprod Health* 2014;18:15–25.

[22] Bretin H. Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France. *Sci Soc Santé* 2004;22:87–110. doi:DOI : 10.3406/sosan.2004.1628.

[23] Sargent F, Clamageran C, Bastard A-M, Verspyck E, Marpeau L. [Acceptability of the etonogestrel-containing contraceptive implant (Implanon)]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2004;33:407–15.

[24] Haute Autorité de Santé n.d. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme:document à l'usage des professionnels 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf (accessed October 16, 2017).

Table 1. Fertile women of childbearing age, N=270

	Not concerned with contraception		Concerned with contraception		p
	N=135	%	N=135	%	
Social and reproductive factors					
Age (years)					
18-29	35	28	35	26	
30-39	49	30	50	35	
40-49	51	42	50	39	
median, iqr		35.8 (29-43)		36.0 (29-43)	
Number of children					
0	43	31	10	8	***
1 or 2	44	29	53	42	
≥3	48	40	72	51	
median, iqr		1.7 (0-3)		2.6 (2-3)	***
Educational level					
primary or less	28	24	22	14	
secondary	79	54	81	61	
higher	28	23	32	26	
Current stable partnership					
no	71	54	18	9	***
yes, with an Afri	48	38	96	77	
yes, with a non-	16	8	21	14	
Socio-professional level					
low	114	85	107	76	
medium or high	21	15	28	24	
Personal housing					
no	75	51	37	24	**
yes	60	49	98	76	
Language spoken at home					
French	55	38	83	53	
other	80	62	52	47	
Religious practice					
irregular or none	38	24	40	26	
regular	97	77	95	74	
Health-related factors					
Obesity (body mass index ≥30)					
no	96	72	96	74	
yes	39	28	39	26	
Self-reported health condition					
very good	24	17	26	18	
fair or poor	111	83	109	82	
Regular health insurance					
no	47	26	18	8	**
yes	88	74	117	92	
Additional mutual insurance benefit					
no	90	65	63	42	*
yes	45	35	72	58	
GP membership					
non	49	28	23	10	**
yes	86	72	112	90	
Migration and reproductive history					
African region of origin					
Central or East A	64	48	64	46	
West Africa	71	52	71	54	
Migration reason					
family reunificat	36	32	56	44	*
work or study	47	32	57	39	
refugee	52	37	22	17	
Length of stay in France					
<7 years	78	56	43	26	***
≥7 years	57	44	92	74	
median, iqr		6.5 (1-11)		10.5 (4-14)	***
Age at arrival					
≤27 years	61	48	91	66	*
>27 years	74	52	44	34	
median, iqr		29,3 (23-35)		25,5 (20-30)	***
No. of children at arrival					
median, iqr		1.0 (0-2)		0.6 (0-1)	*
Reproductive life in France					
no pregnancy	86	60	26	18	***
at least one child	35	26	84	67	
elective abortior	14	14	25	16	
Pregnancy in the past 2 years					
no	127	90	92	65	*
yes	8	10	43	35	
Modern contraception use before migration					
medical contrace	16	10	19	15	*
condom use	29	28	32	30	
Reason not to be concerned					
Current or seekir	52	36	/	/	
no sexual activit	83	64	/	/	

Note: not concerned with contraception = pregnant, seeking to become pregnant or sexually inactive for the past year; concerned with contraception = sexually active, not pregnant and not wishing to become pregnant; iqr = interquartile range;

Table 2. Distribution of contraceptive methods among women in need of contraception, N=13

		Modern		Condom		Medical		Oral pill		Implant		IUD	
Social and reproductive factors		N total	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p	%
Age (years)													
	18-29	35	87	***	16		72	***	31		32	**	9
	30-39	50	99		12		87		48		23		16
	40-49	50	79		18		61		45		9		7
Number of children													
	0	10	67		23		44		31		13		0
	1 or 2	53	89		15		74		38		20		16
	≥3	72	90		14		76		47		20		9
Educational level													
	primary or less	21	82	**	7		75		41		22		12
	secondary	81	85		18		67		44		13		10
	higher	32	98		14		85		39		33		13
Current stable partnership													
	no	18	94		32		62		55		4	*	3
	yes, with an African partner	96	86		12		74		38		24		12
	yes, with a non-African partner	21	93		21		71		55		7		9
Socio-professional level													
	low	107	86		17		69		42		18		9
	medium or high	28	94		8		86		45		25		16
Personal housing													
	no	37	83		25		59		36		22		1
	yes	98	89		12		77		44		19		14
Language spoken at home													
	French	83	84		15		69		38		19		12
	other	52	93		15		78		48		20		10
Religious practice													
	irregular or none	40	83		18		65		40		14		11
	regular	95	90		14		76		43		21		12
Health-related factors													
Obesity (body mass index ≥30)													
	no	96	88		13		75		40		21		14
	yes	39	87		20		67		48		14		5
Self-reported health condition													
	very good	109	87		18	**	70		41		20		9
	fair or poor	26	90		2		89		51		16		22
Regular health insurance													
	no	18	93		29		63		39		5	*	19
	yes	117	88		14		74		43		21		10
Additional mutual insurance benefit													
	no	62	85		19		66		36		14		16
	yes	72	90		12		77		47		23		7
GP membership													
	no	23	91		24		68		29		19		20
	yes	112	88		14		73		43		19		11
Migration and reproductive history													
Length of stay in France													
	<7 years	43	88		36	**	52	***	34		12		6
	≥7 years	92	88		8		80		45		22		13
Age at arrival													
	≤27 years	91	91	*	10		81	*	42		25	*	14
	>27 years	44	81		25		56		43		9		4
Reproductive life in France													
	no pregnancy	26	76		29		47	**	45		2	*	0
	at least one child	84	88		12		76		39		22		15
	elective abortion	25	100		12		88		55		27		6
Pregnancy in the past 2 years													
	no	92	82	***	17		65	**	39		17		9
	yes	43	99		11		88		48		24		16
Medical contraception before migration													
	no	116	86	*	15		71		42		18		11
	yes	19	100		15		85		48		27		10

p<0.05:*, p<0.01:**, p<0.001:***

Table 3. Determinants of oral pill use vs. condom, LARC use vs. condom and LARC use vs. pill. Poisson regressions.

		Oral pill vs. condom (N=73)			LARC vs. condom (N=66)			LARC vs. oral pill (N=91)		
		adjusted PRR	95% CI	p	adjusted PRR	95% CI	p	adjusted PRR	95% CI	p
Social and reproductive characteristics										
Age	younger than 30 vs. older than 30 (ref)	1.4	[1.1,1.7]	*	1.6	[1.1,2.2]	*	1.5	[0.9,2.4]	
Parity	≥1 vs. nulliparity (ref)	0.9	[0.3,2.3]		1.0	[0.4,2.0]		0.4	[0.2,0.8]	*
Current stable partnership	yes vs. no (ref)	1.1	[0.5,2.2]		2.5	[0.5,11.1]		2.9	[0.4,21.8]	
Educational level	high vs. low (ref)	0.9	[0.6,1.5]		1.0	[0.6,1.4]		1.1	[0.7,1.8]	
Socio-professional level	high/medium vs. low (ref)	1.4	[0.9,2.1]		1.0	[0.8,1.4]		1.3	[0.7,2.1]	
Health-related factors										
Regular health insurance	yes vs. no (ref)	0.7	[0.3,1.6]		0.8	[0.4,1.4]		0.6	[0.3,1.2]	
Self-reported health condition	very good vs. low (ref)	1.4	[1.1,1.9]	**	1.8	[1.3,2.4]	***	1.1	[0.8,1.5]	
Migration and reproductive history in France										
Length of stay	7 years or more vs. less than 7 years (ref)	1.8	[1.1,3.0]	*	1.9	[1.2,3.3]	*	1.1	[0.5,2.6]	
Reproductive life in France	no pregnancy	ref			ref		*	ref		*
	at least one child	1.3	[0.8,2.1]		6.6	[1.8,24.1]		13.7	[2.2,85.3]	
	elective abortion	1.2	[0.7,1.9]		7.4	[2.1,25.4]		9.3	[1.3,65.1]	

adjusted PPR: adjusted prevalence rate ratios obtained after Poisson regressions with adjustment of all variables; p<0.05:*, p<0.01:**, p<0.001:***

Sub Saharan African migrant women living with HIV lack highly effective contraception: migrant effect or HIV consequence?

Barbara Maraux¹, M. Annequin¹, A. Ravallihasy^{1,2}, F. Lert¹, A. Desgrées du Loû^{1,2} for the Parcours Study Group

¹: CEPED (Paris Descartes University – IRD – ERL Inserm), France, ²: Institut de Recherche pour le Développement (IRD), France.

Introduction

Medical contraception (oral pill, intrauterine device (IUD), implant, sterilization and hormonal injection) is safe for women living with HIV and must be proposed in association to condom

In 2011 in France, among sub Saharan African migrant HIV-positive women in reproductive age using contraception, 75% declared using condom and 25% declared using a medical method

In 2011 in sub Saharan Africa, modern contraception (condom or medical methods) was used by only 15% of women in need of contraception

➔ Could the predominance of condom use among sub Saharan African HIV-positive women in France be explained by a single migrant effect or is it an HIV consequence?

Methods

The ANRS Parcours Study

- A cross-sectionnal study led in 74 health structures in 2012-2013 in Paris greater area
- A representative sample for i) Sub-Saharan migrants living with HIV and ii) Sub-Saharan migrants living without HIV or Hepatitis B in Paris greater area = reference group
- A final sample of 771 women in need of contraception (reproductive age 18-49, fertile, not pregnant nor looking to become pregnant) which included **220 women living with HIV** and **135 women of the reference group**

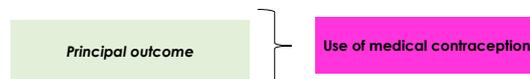


Table 1. Principal characteristics of immigrant women in reproductive age in need of contraception according to their HIV status

	HIV positive women N=220	Reference Group N=135	p
Median age at survey (IQR 25%-75%)	39(34-44)	36(29-43)	***
Median age at arrival (IQR 25%-75%)	28(24-33)	26(22-32)	**
Parity >=1 child(ren)	85%	82%	
Being in a stable relationship	57%	72%	**
Level of instruction >=superior	22%	24%	
Socio-professional level >low	17%	20%	
Delay of stay in France >=7 years	75%	61%	*
Having health coverage	90%	84%	
Having used medical contraception before arriving	9%	13%	

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Results

Figure 1. Contraceptive methods among sub Saharan African women in France according to their HIV status, Parcours Study

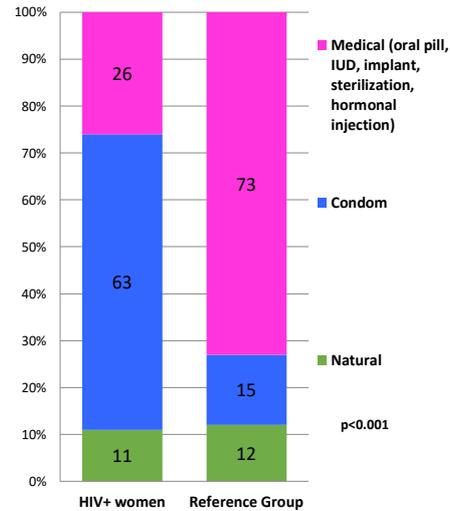


Table 2. Factors associated with medical contraception versus condom or natural methods, N=355

	PRR	CI95%	p
Age (years)			
18-29	1.6	[1.3,2.1]	***
30-39	1.5	[1.2,2.0]	**
40-49	ref		
Parity >=1 child(ren)	2.8	[1.5,5.1]	**
Being in a stable relationship	0.9	[0.6,1.4]	
Level of instruction >=superior	1.0	[0.8,1.3]	
Socio-professional level >low	1.2	[0.9,1.5]	
Delay of stay in France >=7 years	1.7	[1.2,2.4]	***
Having health coverage	1.1	[0.6,2.0]	
Serologic HIV status			
HIV positive women	0.4	[0.3,0.5]	***
Reference group	ref		

PRR: Prevalence rate ratio obtained using a Poisson regression adjusted on all variables; * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

In France sub Saharan African women mainly use medical contraception except for women living with HIV who are mostly relegated to condoms.

After adjustment on possible confounders factors, HIV reduce more than a half the probability to use a medical method.

References

- WHO. Hormonal contraception and HIV, Technical statement. 2012.
- UN World Contraceptive Use 2011.
- Maraux B, Bajos N, Dray-Spira R, Spire B, Hamelin C, Lert F. Seropositive women are still missing highly effective contraception in France, Vespa study 2011 Contraception journal, 2015

Acknowledgements

The PARCOURS survey was funded by the French National Agency for Research on Aids and Viral Hepatitis (ANRS), DGS and Santé Publique France. We thank all patients who agreed to participate in the PARCOURS survey, all medical staff members in the participating hospitals, as well as the community-based organizations RAAC-Sida, COMEDE and SOS Hépatites who supported the survey.

Conclusion

Condom use among HIV positive sub Saharan African women can not be explained by a single migrant effect

These results quantitatively measure the difficulty in the access to medical contraception for HIV positive women. It is urgent to promote double contraception, medical contraception+condom which is the safest way to avoid unintended pregnancies.

www.parcours-sante-migration.com
Contact: barbara.maraux@gmail.com

Titre : Pratiques contraceptives des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en France

Mots clés : contraception, immigration, Afrique subsaharienne, implant, VIH

Résumé : Pour les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne l'arrivée en France peut constituer une rupture dans leur trajectoire sexuelle, affective et reproductive. Si beaucoup ont déjà fait l'expérience d'une grossesse avant leur arrivée, un certain nombre n'aura pas encore débuté sa vie reproductive. Toutefois et pour les femmes qui le souhaitent, l'arrivée en France, et le changement du paysage contraceptif peut être l'occasion d'accéder à une contraception efficace ou bien de changer de méthode. En 2010, en France, sur l'ensemble de la population des femmes âgées entre 15-49 ans et en besoin de contraception, 78.5% déclarait utiliser une contraception médicale contre 22.9% en Afrique subsaharienne (tous pays confondus) pour la même tranche d'âge. Par ailleurs, la population originaire d'Afrique subsaharienne est particulièrement touchée par le VIH/sida en Afrique mais aussi en France, où ils représentent le deuxième groupe le plus affecté. A partir de deux enquêtes, *Parcours* et *Vespa 2*, notre étude a visé à mettre en lumière les pratiques contraceptives et les éventuelles inégalités en matière de contraception dont les immigrées originaires d'Afriq

-ue subsaharienne feraient l'objet, afin de repérer les leviers d'une meilleure prise en charge de leur santé sexuelle et reproductive.

Les résultats de cette thèse mettent en évidence que les femmes immigrées ont une forte adhésion à la contraception médicale efficace puisque la majorité des femmes déclare utiliser la pilule, l'implant et parfois le DIU. Elles se saisissent d'un système qui articule la promotion de la contraception, un dispositif d'accès facilitant et des pratiques médicales favorables à l'usage de la contraception médicale avec quelques réserves. D'une part, lorsque les femmes vivent avec le VIH, (les femmes immigrées ou nées en France) elles utilisent très majoritairement le préservatif. D'autre part, le recours à l'implant est nettement plus marqué qu'en population générale ce qui doit nous inciter à poursuivre les études pour savoir jusqu'à quel point les méthodes en usage correspondent à un choix et conviennent aux besoins des femmes.

Title : Contraceptive patterns among sub-Saharan African migrant women in France

Keywords : contraception, migrants, sub-Saharan African, HIV, implant

Abstract : For immigrant women from sub-Saharan Africa, arriving in France may be a break in their sexual, emotional and reproductive trajectory. If many have already experienced pregnancy before arriving, a number will not have started their reproductive life. However, for women who wish so, the arrival in France and the change in the contraceptive landscape may be an opportunity to access effective contraception or to change the method. In 2010, in France, of the entire population of women between the ages of 15-49 and in need of contraception, 78.5% reported using medical contraception compared to 22.9% in sub-Saharan Africa (all countries combined) for women in the same age group. Moreover, the population from sub-Saharan Africa is particularly affected by HIV/AIDS in Africa but also in France, where they represent the second most affected group. Based on two surveys, *Parcours* and *Vespa 2*, our study aimed to highlight the contraceptive practices and possible inequalities in contraception that

immigrant women from sub-Saharan Africa face, in order to identify improvements in their sexual and reproductive health care. The results of this thesis highlight that African immigrant women seize a system that articulates the sponsoring of contraception, easier access and medical practices resulting in a strong adherence to effective medical contraception since the majority of women report using the pill, the implant and sometimes the IUD. These results must however be adjusted for two reasons. On one hand, women living with HIV (immigrant women or women born in France) use condoms for the most part. On the other hand, the use of an implant is much more pervasive than in the general population which should encourage us to continue studying to what extent the methods in use correspond to a choice and are adapted to the needs of women.



